FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS

POUR L'AGRÉGATION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS.

DES RUPTURES

DANS LE

TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT

ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

soutenue le 6 juin 1860

PAR

Le Docteur Antoine MATTEI

Professeur particulier d'accouchements,
Ancien professeur d'accouchements à Bastia, Membre de plusieurs sociétés savantes, etc.

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23.

1860

DIVISION DU SUJET.

En accordant douze jours pour composer, imprimer et déposer une thèse sur un sujet tiré au sort, lorsque ce sujet est surtout aussi vaste que celui que je dois traiter, le règlement ne peut pas demander aux candidats un travail complet; ce serait exiger l'impossible. Ce qu'on nous demande, je crois, c'est 1° le résumé de ce que possède la science sur le sujet qui nous est échu; 2° l'indication des points les plus obscurs de ce sujet et la lumière que

peuvent y apporter les travaux épars dans les diverses publications; 3° des vues ou des résultats nouveaux, si le candidat lui-même peut en fournir.

Cela dit, je me crois autorisé à négliger beaucoup de détails qui devraient être donnés, si je traitais des ruptures d'un organe en particuler, détails pour lesquels je renvoie aux monographies de ces ruptures. Le point de vue où me place la question est un point de vue général dont je ne dois pas me départir.

Mon travail, par les termes mêmes de cette question, est divisé en deux parties : 1° *des ruptures pendant le travail de l'accouchement,* ou histoire générale de ces ruptures; 2° *de leur traitement.*

Cette dernière partie, expressément demandée, doit donc exiger, à elle seule, presque autant de développements que la première, dans laquelle je dois étudier successivement le siége des ruptures, l'anatomie pathologique, les causes, les symptômes, la marche, la terminaison, le diagnostic, et le pronostic.

Quant à l'historique de mon sujet, il ne se prête pas à une étude d'ensemble; il sera mieux placé à propos de chaque rupture en particulier.

Voici maintenant, par rapport aux détails, le plan que je suivrai :

- Siége des principales ruptures qui peuvent s'opérer pendant le travail de l'accouchement.
  - Organes de la mère.
    - Cavité abdominale.
      - Vulve, périnée.
      - Utérus, vagin.
      - Vessie.
      - Vaisseaux.
      - Bassin.
      - Tumeurs accidentelles.
        - Grossesses extra-utérines.
        - Kystes.
        - Tumeurs vasculaires.
      - Parois abdominales.
        - Muscles.
        - Aponévroses.
    - Thorax.
    - Cou.
      - Corps thyroïde.
      - Poumons.
      - Cœur, gros vaisseaux.
      - Cage thoracique.
    - Tête, rachis, vaisseaux.
  - Organes du produit.
    - Cordon ombilical.
    - Vaisseaux.
    - Viscères.
    - Squelette.

On voit par ce tableau que je comprends sous le nom de rupture *toute solution brusque de continuité des tissus s'opérant accidentellement chez la mère ou chez l'enfant pendant le travail de l'accouchement.*

Laisser seulement le nom de *ruptures* aux divisions qui se font du dedans au dehors, et appeler déchirures ou plaies celles qui se font du dehors au dedans, c'eût été rendre mon travail incomplet et jeter de la confusion dans l'esprit de mes lecteurs. Cette distinction, du reste, n'eût pas été pratique; car devant le cadavre d'une femme dont le col et le corps utérins ont été divisés pen-

dant l'accouchement, on ne peut pas dire : là a commencé la division plutôt qu'elle n'a fini. D'après le langage même qui a été admis par le petit nombre des auteurs qui ont traité mon sujet à un point de vue un peu général, les noms de rupture, déchirure ou plaie sont, à peu près, synonymes.

Ceci établi, je ne vois pas pourquoi les ruptures qui s'opèrent sur le fœtus ne devraient pas entrer dans la question. Tout me porte à croire, au contraire, que telle a été l'intention de mes juges en la posant ; aussi, sous ce rapport, comme sous celui des ruptures en dehors des organes génitaux de la femme, je crois mon cadre plus complet que ceux qui ont été suivis jusqu'à ce jour.

PREMIÈRE PARTIE.

DES RUPTURES.

La première partie de mon travail devant être consacrée à l'histoire générale des ruptures, et cette histoire n'étant, en quelque sorte, qu'une longue énumération, c'est par le siége et l'anatomie pathologique de ces lésions que je vais commencer leur étude.

SIÉGE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Des ruptures de la vulve et du périnée.

Les auteurs les plus anciens qui aient parlé de ces ruptures sont Éros ou Trotula[1], A. Paré[2] et Guillemeau[3]; mais ces lésions, on le comprend bien, ont dû exister dès les premiers âges de l'espèce humaine, car, au degré le plus léger surtout, elles sont bien communes, surtout chez les

[1] *In Spachius*, p. 50. — [2] *Livr. gener.*, ch. 34. — [3] *Œuvres*, in-fol., p. 354.

primipares. Mauriceau en parle aussi ; mais cette lésion, même à un degré assez prononcé, ne paraît pas avoir attiré son attention. Il faut, comme nous le dirons plus loin, arriver à Delamotte, 1702 ; à Noël, 1794 ; à Saucerotte, 1798[1], et surtout il faut arriver à notre siècle, pour voir ces ruptures devenir l'objet d'une attention toute spéciale.

Tous les points du pourtour de la vulve peuvent être le siége d'éraillures survenues pendant le passage de l'enfant, et même de déchirures atteignant un centimètre et plus de profondeur ; mais la commissure postérieure et le périnée sont à la fois les points les plus fréquents et les plus dangereux de ces ruptures.

Je diviserai les déchirures de l'angle postérieur de la vulve en *quatre degrés* : 1° déchirure n'atteignant que le repli muqueux situé à l'entrée vaginale, sans arriver à la peau ; 2° déchirure du repli muqueux, de la peau et du tissu cellulaire, sans atteindre les muscles et les aponévroses périnéaux ; 3° déchirure du plancher musculo-aponévrotique, sans intéresser le sphincter anal ; 4° déchirure des tissus précédents et du sphincter.

Une autre déchirure du périnée, quoique rare, est celle qui débute par la partie centrale. Elle peut se faire dans le sens transversal ou antéro-postérieur. Cette déchirure peut aller jusqu'à la perforation avec passage de l'enfant entre les orifices de la vulve et de l'anus, sans division de ces orifices. J'ai pu réunir plusieurs observations[2] de ces per-

---

[1] Voy. *Rec. périod. de la Sociét. de Méd.*, t. VII, p. 186. — [2] Coutouly, *Observat. sur divers sujets*, p. 133, et Mme Boivin, *Mémor. d'accouch.*, t. I, p. 78, 4e édit. — *Jour. de Méd. et de Chirur.*, t. LXXIX, p. 411. — Moreau, *Archiv. gén. de Méd.*, t. XXIII, p. 282-445. — *Ibid.*, t. XXIV, p. 587. — *Ibid.*, 3e sér., t. V, p. 365. — *Transact. méd.*, t. I, p. 125,

forations, mais il ne m'a pas été donné d'en observer par moi-même.

Des déchirures peuvent se faire aussi au pourtour de l'anus, et quoiqu'elles aient été négligées jusqu'ici ; elles n'en méritent pas moins de fixer l'attention. Ces déchirures se bornent souvent à de simples éraillures, lesquelles, après l'accouchement, se transforment quelquefois en fissures et tourmentent les malades pendant assez longtemps. D'autres fois, ce sont des déchirures plus profondes, qui s'ulcèrent, ou tout au moins empêchent la femme de rester assise, quoique plusieurs jours se soient écoulés après ses relevailles. Enfin, la déchirure peut s'avancer plus ou moins sur le périnée. J'ai vu un cas, précisément, où des hémorroïdes, avec indurations autour de l'anus et une rectocèle réunies, rendirent la déchirure inévitable. Pendant que j'avais les yeux sur la commissure de la vulve, pour ralentir la marche de la tête, en raison de la tension des parties, je vis la déchirure partir du pourtour de l'anus et arriver à la fourchette. Cette déchirure, pour le dire en passant, s'est réunie spontanément par première intention, sur une grande partie de son étendue.

223, 244, et t. II, p. 14. — *Annuaire des Scien. méd.*, 1856, p. 209. — *Annuaire de la Littér. méd. étrang.*, 1857, p. 2. — Plusieurs exemples sont cités par M. Velpeau, *Traité d'accouch.*, 2e édit., t. II, p. 634; dans la Thèse de M. Bourdereaux, Paris, 1854, p. 8, et dans Duparque, *Trait. des rupt. utér.* Paris, 1839, p. 365.

Des ruptures utéro-vaginales.

Les ruptures utéro-vaginales ont dû être fréquentes chez les anciens, soit parce qu'ils se livraient à des manœuvres violentes pour terminer le travail, soit parce qu'ils abandonnaient souvent la femme aux derniers efforts de la nature. Hippocrate[1], qui à la suite de la succussion faite pour favoriser l'expulsion du produit vit la femme mourir presque subitement, occasionna probablement une rupture utérine ; mais cet accident n'a été positivement indiqué que lorsqu'on a commencé à faire l'autopsie des cadavres.

On en trouve des observations vagues dans Albucasis, Plater, Fabrice de Hilden[2], dans lesquelles, après des symptômes plus ou moins graves, l'enfant serait enfin sorti par les parois abdominales ; mais il n'est nullement démontré que ces cas ne fussent pas des grossesses extra-utérines.

C'est Guillemeau[3] qui le premier a rapporté plusieurs cas de rupture de l'utérus, constatés par l'autopsie. Mauriceau[4] en a rapporté aussi trois exemples. La fameuse observation (*obs.* 26) où il mit à l'épreuve Chamberlain, qui venait à Paris pour vendre le secret du forceps, fut suivie de rupture de l'utérus. Il n'est pas prouvé, cependant, comme veut l'insinuer Mauriceau, que cette rupture fût le résultat des manœuvres plutôt que du travail, car il s'agissait d'une femme mal conformée et qui mourut inaccouchée.

---

[1] *Œuvres trad. Littré. Épid.*, liv. V, § 103 et liv. VII, § 49. — [2] Velpeau, *Traité d'accouch.*, t. 2, p. 183. — [3] *Œuvres Guill.*, in-fol., p. 319. — [4] Mauriceau, *Observ.*, 26, 147, 251.

D'autres observations furent publiées ensuite par Bonet[1], Saviard[2], Delamotte[3], Morgagni[4] et autres, lorsqu'enfin parurent des monographies sur ce sujet.

Les premières sont celles de Pistor[5], en 1716; de Behling[6], en 1736; de Muller[7], en 1745; de Haller[8], en 1749; de Quelmalz[9], en 1756, et dans la même année le mémoire de Crantz[10].

Ces divers travaux avaient déjà appelé l'attention des médecins sur l'accident qui nous occupe, en Allemagne surtout, lorsque la traduction qu'on donna du mémoire de Crantz avec le traité de Puzos, en 1759, excita bientôt les auteurs français à l'approfondir. C'est ainsi que Levret[11] et d'autres médecins[12] commencèrent des recherches qui ont été continuées par Deneux[13], madame Lachapelle[14], Duparque[15], Dezeimeris[16], M. P. Dubois[17], et surtout par M. Velpeau dans son traité d'accouchements[18].

Parmi les travaux français les plus récents, je citerai les thèses de Paris de Lamare-Riquot, 1822; de M. Gi-

---

[1] *Sepulcretum*, t. III, p. 13, 485, 487. — [2] *Observ.*, p. 109. — [3] *Traité d'accouch., Observ.*, p. 188, 322. — [4] *De Sedib., et Caus. trad. encyclop.*, t. III, p. 133. — [5] *De fœtu e rupto utero in abdomen prorumpente*, *Argent. V. Tentamen catalog. rationalis.* Schweichard, 1795, p. 35. — [6] *De utero in partu*, etc. Altdorf, *ibid.*, p. 50. — [7] *De rupto in partu utero.* Basilæe, *ibid.*, p. 61. — [8] *De rupto in partu utero.* Gotting, *ibid.*, p. 66. — [9] *De ruptura uteri, etc.* Erford, *ibid.*, p. 105. — [10] *Commentar. de rupto, etc.* Vienne, *ibid.*, p. 78. — [11] *Observ. sur les caus. des acc. labor.*, p. 81. — [12] *Anc. Journ. de méd.* Vandermonde, t. IX, p. 435; t. LXXXV, p. 479, t. XXV, p. 532; t. XXVII, p. 479; t. XXXVII, p. 76, etc. — [13] *Thèse.* Paris, 1804. — [14] *Pratique d'accouch.*, t. III, p. 84. — [15] *Hist. compl. rupt. matric. vag.* Paris, 1836. — [16] *Mém. sur les rupt. de matric. journ. Expérience*, 1838, t. III, p. 241. — [17] *Diction. en* 30 *vol., art. utérus, rupt.* — [18] 2e édit., t. II, p. 182.

prat, 1834; de M. Taurin, 1853; de M. Rey, 1854; de M. Frilleux, 1856; et de M. Poidevin, 1859.

Plusieurs observations éparses, qu'il serait fastidieux d'énumérer une à une, sont consignées dans les recueils périodiques; nous aurons, du reste, occasion de les citer dans le courant de cette thèse.

En faisant à grands traits l'historique des travaux qui ont été faits sur les ruptures du conduit utéro-vaginal, j'ai réuni des lésions qu'il est temps de séparer par rapport à leur siége. Ainsi les unes occupent le corps utérin, d'autres le col; mais celles-ci n'ont de gravité qu'autant qu'elles se propagent au vagin, et par conséquent peuvent être réunies aux ruptures de ce dernier; enfin, d'autres ont pour siége le vagin seul. Nous allons jeter un coup d'œil sur ces divisions. Dans chaque cas, la rupture peut être complète et se communiquer à toute la paroi du viscère, ou incomplète, et ne diviser qu'une partie de son épaisseur.

A. Les déchirures du corps utérin, quoique les plus graves, seraient observées plus souvent, si elles étaient toujours complètes, car alors elles sont ordinairement mortelles; mais, incomplètes, elles passent souvent inaperçues. On trouvera des exemples de rupture incomplète dans les *Archives* [1]. On voit, dans les *Transactions* [2], un cas où le péritoine était presque la seule enveloppe qui restât à l'utérus sur le point de la rupture. Un fait semblable est consigné dans l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier [3]; d'autres ont été observés à la Maternité de Paris [4]. Une espèce particulière de rupture incomplète

---

[1] *Archiv. gén. de méd.*, 5e sér., t. II, p. 486. — [2] *Trans. méd.*, t. XII, p. 78. — [3] XI. liv. planch. 6, p. 2. — [4] *Journ. compl.*, t. XLI, p. 200.

est celle dans laquelle la division se manifeste seulement vers la surface péritonéale de l'organe. White a rassemblé quatre faits de ce genre [1].

Quant aux ruptures interstitielles, résultat du décollement des couches externe et interne de l'utérus, ces ruptures devraient être fréquentes, si les parois de la matrice étaient formées par deux plans musculeux superposés, comme le croyait Mme Boivin, tandis qu'il n'en est rien ; aussi les ruptures interstitielles, sans être niées complétement, doivent-elles être admises avec réserve jusqu'à plus ample démonstration.

Dans les cas où les ruptures du corps de l'utérus sont complètes, elles peuvent avoir pour siége tous les points de l'organe, lorsqu'une lésion anatomique prédispose tel point plutôt que tel autre à cette déchirure; de même que les ruptures par instruments externes se montrent plus spécialement là où portent ces instruments; mais, lorsque tout l'organe est sain, le siége des ruptures spontanées paraît être, par ordre de fréquence, le fond, les faces antérieure et postérieure, enfin les parties latérales.

Ce que je dis du siége, je le dirai de l'étendue et de la direction de la rupture. On a observé depuis la simple éraillure jusqu'à la division complète de toute l'étendue d'une paroi utérine. Nous verrons, en avançant dans ce travail, que les cas ne sont pas rares où le fœtus seul ou l'œuf presque tout entier ont passé dans la cavité péritonéale ; d'autres fois, la rupture s'est propagée jusqu'à la cavité vésicale [2]. Quant à la direction des déchirures, elle

---

[1] Dublin, *Journ. of med. soc., etc.* July, 1834.— [2] *V.* plusieurs exemples cités par M. Velpeau. *Traité d'accouch.*, t. II, p. 190.

suit ordinairement celle des fibres musculaires, et est le plus souvent verticale; mais le mode d'action de la cause prédisposante ou déterminante peut parfaitement faire varier cette direction.

B. Les ruptures qui portent à la fois sur le col utérin et sur le vagin sont aussi très-variées, et pour le siége et pour la direction. Tantôt ce sont des déchirures plus ou moins verticales, qui comprennent le bord libre du museau de tanche et se propagent jusqu'à l'insertion vaginale; tantôt ce sont des déchirures qui comprennent le corps utérin et se propagent au vagin sans diviser complétement la portion sous-vaginale du col; enfin, ce sont des décollements de l'insertion supérieure du vagin. Ce décollement est allé si loin, dans quelques cas, que tout le vagin a été séparé de l'utérus; d'autres fois la partie libre du col a été emportée sur tout le pourtour et est sortie au dehors avec le fœtus. On peut trouver de ces cas de déchirure par arrachement du vagin ou du col dans Omodei [1], dans les *Annales d'Obstétrique* [2], dans les *Annales d'Hygiène et de Médecine légale* [3], dans l'ancien *Journal de Médecine* de Vandermonde [4], et dans la *Gazette médicale* [5]. Nous aurons occasion de citer d'autres cas dans le cours de la thèse.

C. Quant aux ruptures du vagin seul, elles sont plus rares, et sont presque toujours accompagnées de lésions que l'on peut diagnostiquer avant le travail, ou sont le résultat d'opérations mal faites. On en trouve des observations dans Omodei [6], dans les annales d'Obstétrique [7], dans la thèse

---

[1] *Annal. univers.*, v. XXXIII, p. 210, 1825. — [2] *Annal. Obstétr.* Andrieux, t. I, p. 64. — [3] Tom. XXXIX, p. 159 et p. 169. — [4] Tom. XLI, p. 40. — [5] *Gaz. méd.* Paris. 1844, p. 610. — [6] *Annal. univers.*, t. CXXXVI, p. 197. — [7] Par Andrieux, t. I, p. 342.

de M. Rey [1], dans les Archives [2], et dans le traité de Duparque [3].

Si, après avoir indiqué le siége des ruptures du canal utéro-vaginal, on s'arrête à l'aspect qu'offrent les bords de la solution de continuité, on les trouve tantôt épais et à surface assez unie, s'il s'agit surtout de tissus indurés par des dégénérescences ; tantôt minces et inégaux, si ces tissus ont été préalablement le siége d'ulcérations ; tantôt ramollis, jaunes et chagrinés, s'il s'agit de tissus infiltrés par du pus ; tantôt enfin à surface consistante, épaisse et rosée ou ecchymotique, s'il s'agit de tissus sains.

Des ruptures d'autres organes contenus dans le bassin et des ruptures du bassin lui-même.

Je ne parlerai pas ici du traumatisme de l'accouchement en général, quoique dans ce traumatisme il y ait presque toujours rupture ou froissement du tissu cellulaire et des petits vaisseaux qui le parcourent. Je ne m'arrêterai qu'aux ruptures dont la gravité peut avoir un danger réel, immédiat ou consécutif.

A. Nous avons vu les ruptures siéger jusqu'ici dans les organes du bassin dont les parois sont sillonnées par des vaisseaux, et, par conséquent, ces ruptures impliquent celle des vaisseaux eux-mêmes ; mais le système vasculaire peut éprouver des solutions de continuité, qu'il soit préalablement sain ou malade, divisé avec les tissus voisins ou sans division. C'est ce qu'on appelle les thrombus et les

---

[1] *Loc. cit.*, p. 6. — [2] *Archiv. gén. de méd.*, 3e sér., t. VII, p. 361. — [3] *Mém. ruptur. utérin.* Paris, 1839, p. 214 et p. 301.

hémorragies intra-péritonéales. Étudions ici les ruptures vasculaires, qui ne sont pas précédées de lésions anatomiques appréciables. Nous étudierons les autres avec les tumeurs.

1° La thèse de Kronaver[1], qui a paru en 1734, est le premier travail qui ait été publié sur le thrombus-vulvo-vaginal, arrivant pendant ou immédiatement après le travail; et, dans cette thèse, on ne voit pas, comme on l'a fait souvent depuis, confondre les varices de la vulve, qu'elles soient intactes ou rompues, avec le thrombus de cette région. Ce thrombus peut arriver sans phlébectasie appréciable. Les travaux de Boër[2] et de Audibert, en 1712[3], celui de Legouais[4], en 1821, où la maladie a reçu le nom qu'elle porte encore; le travail de Siebenhaar[5], en 1824, celui de Meissner, en 1830, tous ces travaux n'avaient donné qu'une histoire incomplète de la maladie, lorsque Deneux[6], en 1830, publia un mémoire qui a laissé peu à faire à ses successeurs.

MM. Hervez de Chegoin, Velpeau et Blot, ont publié aussi sur ce sujet des travaux qu'on peut consulter. Parmi les thèses qu'on a récemment présentées sur cette maladie, je citerai surtout celle de M. Vauclin[7], à laquelle j'ai fait quelques emprunts. Celle plus antérieure de M. Born[8], tout en portant le titre de *varices* de la vulve, donne cependant les idées de M. Dubois, qui admet la pré-

---

[1] *De tumore genitalium sanguineo post partum, etc.* Basileæ. — [2] *De fluxu quodam sanguinis in puerperio ante incognito* — [3] *Dissert. sur l'épanch. du sang. qui surv. aux grand. lèv. ou dans le vag. pendant ou ou après l'accouch.* Thèse. 1712. — [4] *Dict. des Scienc. méd.* (*Thrombus*). — [5] *Observ. de tumore vaginæ.* Leipsik. — [6] *Tum. sang. de la vulve et du vag.* Paris, 1830. — [7] Paris, 1858. — [8] Paris, 1836.

sence des thrombus sans la nécessité des dilatations variqueuses.

Je ne puis m'arrêter ici longuement sur le siége, l'étendue et la conformation de ces tumeurs. Il suffira de savoir que les grandes comme les petites lèvres, le vagin, le rectum, tous ces organes peuvent voir se développer dans leur épaisseur ou dans leur voisinage des tumeurs sanguines pendant le cours de l'accouchement ou peu après. M. Velpeau les a vues se former, même à l'état de vacuité, au mont de Vénus et vers la marge de l'anus. M. Vauclin rapporte[1] un cas où le thrombus s'est fait dans les parois du col utérin immédiatement après l'accouchement, et la femme est morte par suite de cette hémorragie.

Un autre fait semblable a été communiqué, par le docteur Johnston, à la société obstétricale de Dublin[2].

Il y a ordinairement à noter, dans toutes ces tumeurs, que leur siége apparent ne répond pas toujours au point où s'est faite la rupture du vaisseau. Le sang, à la faveur du relâchement des tissus occasionné par le travail, fuse facilement au loin, et, après s'être ramassé sur le point où il trouve le plus d'espace libre, il y subit des transformations dont nous parlerons plus bas.

2° L'hémorragie intra-péritonéale est encore plus funeste que le thrombus ; heureusement elle est rare et ne se montre qu'après la rupture des viscères ou après la rupture de veines variqueuses. La déplétion subite qu'éprouve l'abdomen après l'accouchement amenant une quantité considérable de sang dans ses vaisseaux, on ne conçoit même pas comment ces ruptures ne sont pas plus fréquentes.

---

[1] *Thèse.* Paris, 1858. — [2] *The Dublin Quaterly journ.*, 1851.

Je reviendrai sur ce point à propos de la rupture des tumeurs.

3° La distension extrême de la vessie, jointe aux efforts expulsifs de la femme, a pu produire des ruptures de cette poche qui ont été mortelles ; Champman et le *Journal Américain*, février, 1829, en rapportent des exemples[1].

4° Si le relâchement des symphyses du bassin a été observé plus d'une fois, pendant les derniers temps de la grossesse surtout, il ne faudrait pas croire avec les anciens que ce relâchement fût normal pendant la gestation ; et si telle femme, qui marchait assez bien peu de jours encore avant d'accoucher, ne peut plus le faire au moment de ses relevailles sans ressentir des douleurs dans les symphyses ; si surtout elle a eu un accouchement très-laborieux, si elle a subi des opérations graves, c'est que les articulations du bassin ont été violentées. Les arthrites du bassin, qui se manifestent quelquefois après l'accouchement, ne reconnaissent d'autres causes que la rupture partielle des ligaments de ces articulations. On ne pourra pas dire cependant encore qu'il y a luxation ; mais il y a des cas où la rupture des ligaments articulaires a été produite d'une manière aussi brusque que complète ; tels sont ceux qui sont rapportés dans la thèse de M. Bach[2], et dont un est même figuré dans une planche. D'autres cas sont indiqués dans le *Bulletin de la Société anatomique*[3], dans la *Gazette médicale*[4] et dans la collection de Rankings[5].

---

[1] Velpeau, *Traité d'accouch.*, t. II, p. 22. — [2] *Dissert. sur les rupt. du bassin*, Strasbourg, 1832. — [3] *Déchir. de la symphyse pubienne*. 1847, t. XXII, p. 453. — [4] *Gaz. méd.* Paris, 1847, p. 163. — [5] Ranking, Half yearly abstract of med. Scienc. London, t. V, p. 174, t. II, p. 177.

J'ai égaré dans mes notes l'observation d'un cas où les tractions avec le forceps ont été faites avec tant de violence, que le bassin, grêle sans doute ou malade, a été fracturé près de la symphyse pubienne.

Une luxation incomplète, qui a lieu presque habituellement dans l'accouchement, est celle du coccyx; et si le déplacement est très-prononcé, cette luxation peut rester permanente, comme je l'ai observé chez une jeune dame, qui en était assez gênée pour ne pas pouvoir rester assise sans avoir un coussin. La maladie était déjà trop ancienne pour que la réduction pût en être pratiquée avec succès.

La fracture du coccyx, surtout chez les femmes qui commencent tard à faire des enfants, doit être plus fréquente qu'on ne le croit; seulement, après le passage de l'enfant, les fragments sont maintenus en rapport, et la maladie guérit par la formation d'un cal ou par une fausse articulation.

Des ruptures de tumeurs accidentelles de l'abdomen.

Les tumeurs accidentelles dont l'abdomen peut être le siége et qui peuvent se rompre pendant le travail sont assez nombreuses; je me contenterai de signaler les principales et surtout celles dont je puis indiquer des observations.

A. Les grossesses extra-utérines s'offrent ici en première ligne. Le kyste primitif de ces grossesses, qu'il soit entouré d'une enveloppe musculeuse comme dans les espèces tu-

baires ou interstitielles, ou d'une enveloppe fibro-celluleuse comme dans les grossesses ovariques ou abdominales, ce kyste primitif, dis-je, peut se rompre spontanément, surtout au moment de ce qu'on appelle le faux travail.

Le kyste secondaire, lorsque la femme ne succombe pas aux premiers accidents, peut se rompre à son tour avec le faux travail et être cause de mort. Enfin, une grossesse utérine peut survenir pendant l'existence des kystes de la précédente, et l'expulsion, quoique normale, du produit, peut faire éclater ces kystes.

La rupture des kystes primitifs ou secondaires des grossesses extra-utérines a été si souvent remarquée, et malheureusement si bien confirmée par l'anatomie pathologique, que je me dispenserai d'en citer des observations.

B. Je voudrais pouvoir parler autrement des kystes ovariques et hydatiques, des hydropisies enkystées, des abcès par congestion, des abcès phlegmoneux, des hématocèles, des hydropisies des trompes, des kystes du foie ou des reins, et de quelques autres tumeurs ; mais je ne connais pas d'exemple où la rupture en soit arrivée pendant l'accouchement.

C. Je ne serai pas aussi embarrassé pour les tumeurs sanguines. Ici nous en avons d'externes comme les varices de la vulve, et d'internes comme les varices du petit bassin et les anévrysmes.

Si l'on a cru souvent, à tort, que les thrombus de la vulve et du vagin étaient toujours le résultat de la rupture de varices, il ne faudrait pas dire non plus que les varices de ces régions ne puissent pas se rompre pendant le travail. On en trouvera sept observations dans le Mémoire de

M. Moynier sur la mort subite dans l'état puerpéral [1]. On en lit une observation dans les *Annales d'obstétrique* [2], une autre dans les *Archives* [3], trois observations sont consignées dans la *Gazette Médicale de Paris* [4]. Enfin plusieurs des cas rapportés par Deneux doivent figurer ici.

Je ne connais pas d'exemples d'anévrysmes abdominaux qui se soient ouverts dans le cours du travail. Il faut le plus souvent rapporter à des varices du petit bassin les cas de mort qu'on a observés plusieurs fois par suite d'hémorragies intra-péritonéales ; le traité des hémorragies internes de M. A.-C. Baudelocque (1831), et autres ouvrages, en fournissent des exemples, dans lesquels les vaisseaux rompus venaient tantôt des trompes, tantôt des ovaires, tantôt des ligaments larges, et tantôt, enfin, d'autres viscères ou des parois mêmes de l'abdomen.

De la rupture des parois de l'abdomen.

Les cas où les parois abdominales, et surtout la ligne blanche, se sont écartées par suite des efforts du travail, ne sont pas rares. Bartholin parle d'une femme chez laquelle survint ainsi une rupture de l'ombilic [5].

Il me semble avoir encore devant les yeux la femme dont l'observation est consignée dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique,* p. 408, et où la tête de l'enfant

---

[1] Paris, 1858, *Observ. de* 1 *à* 7. — [2] Par Andrieux, t. III, p. 256. — [3] *Archiv. gén. de méd.*, t. XXX, p. 410. — [4] Par Alsaesser, *Gaz. méd.*, 1834, p. 330, 744. — [5] Velp., *Traité d'acc.* t. II, p. 182.

étant arrêtée sur le détroit inférieur, on s'obstina à attendre pendant plusieurs heures, plutôt que de permettre l'application du forceps ; on engageait, au contraire, de plus en plus la malade à redoubler d'efforts. La force qu'elle déploya en effet fut telle, que la paroi abdominale, sous nos yeux mêmes, s'écarta petit à petit, jusqu'à produire une exomphale. On finit par se rendre alors à mes protestations, et on me permit d'appliquer le forceps ; mais il était déjà trop tard pour l'enfant, et la mère a conservé une éventration à la suite de cette couche.

Les muscles eux-mêmes ont été déchirés quelquefois pendant le travail, ce qui a été constaté par Chaussier[1] pour les muscles psoas. Madame Lachapelle a observé aussi cet accident[2]. M. Velpeau croit qu'il peut en être de même des muscles droits.

De la rupture des organes de la cavité du thorax et du cou.

A. Lorsque dans le cours du travail la femme se livre à de grands efforts volontaires, les vaisseaux du cou se gonflent considérablement, et le corps thyroïde distendu par le sang offre souvent, après l'accouchement, une véritable hypertrophie dont on est loin d'obtenir toujours la résolution, comme l'a fait remarquer M. Velpeau.

D'autres fois, de véritables ruptures se font sur le trajet du canal aérien pendant les efforts, et un emphysème se

---

[1] Velp., *Traité d'accouch.*, t. II, 182, et *Bull. de la Facult.*, 1819, p. 34. — [2] *Mém.*, t. III, p. 85.

manifeste au cou ou dans les parois du thorax. Des exemples de ce genre ont été publiés par divers auteurs, parmi lesquels je nommerai Jourdain et Campbell [1]. D'autres cas sont rapportés dans les Archives [2], dans les Mémoires de Martin de Lyon [3].

B. Le poumon ne pouvait pas échapper à la distension démesurée que causent les efforts volontaires de la femme, et l'emphysème a été observé aussi dans ce viscère. M. Cazeaux [4] en cite un exemple qu'il a emprunté à M. Depaul, et où la mort paraît avoir été la conséquence de l'infiltration gazeuse du poumon. On en trouve un autre exemple dans le *Bulletin de la Société anatomique* [5].

On ne comprend pas comment avec les efforts d'expulsion que nécessite le travail, les vaisseaux pulmonaires, chez les femmes surtout qui portent des tubercules, ne se rompent pas plus souvent et ne produisent pas des hémoptysies. Je n'en connais cependant pas d'exemple pendant le travail, tandis que cet accident a été observé plusieurs fois pendant la grossesse.

C. Le cœur, lorsqu'il est déjà malade surtout, est de tous les organes thoraciques le plus exposé aux ruptures. On en trouve plusieurs exemples dans les Mémoires que MM. Morderet et Moynier ont publiés sur la mort subite dans l'état puerpéral [6]. Il résulte même de ces observations que la rupture peut se produire incomplétement pendant le travail et ne s'achever qu'après plusieurs jours.

Les gros vaisseaux du thorax, lorsqu'ils sont malades,

---

[1] Velp., *Traité d'acc.*, 2e édit., t. II, p. 181. — [2] *Archiv. gén. de méd.*, t. XVII, p. 428, et t. VII, 5e série, p. 107. — [3] *Mém. méd. chir.* Lyon, 1835, 1 vol. in-8, p. 363. — [4] *Traité d'accouch.*, 5e édit., p. 407. — [5] Ann. 1842, t. XVII, p. 216. — [6] *Mém. couronn. par l'Acad.* Paris, 1858.

peuvent aussi être le siége de ruptures. On trouve dans le recueil de Ranking un cas très-remarquable de rupture de l'artère pulmonaire [1].

D. La cage thoracique n'a pas échappé aux violences dont nous venons de constater tant de traces. Chaussier, Comte et Martin-Saint-Ange [2] ont cité des cas de fractures du sternum ou de disjonction des diverses pièces de cet os, qui se seraient opérées pendant les efforts du travail. On en trouve aussi des exemples dans Ranking [3]; mais il y a tout à présumer que des lésions anatomiques existaient déjà dans les os fracturés ou luxés.

Des ruptures de la cavité céphalo-rachidienne.

Nous ne savons pas encore par quel mécanisme agit l'accouchement dans les cas où l'altération des facultés intellectuelles est le résultat du travail et où l'autopsie n'a rien démontré. Les efforts de la femme et la douleur qu'elle éprouve peuvent être, si l'on veut, la cause des accidents; mais il est désormais démontré par l'anatomie pathologique que des ruptures de vaisseaux peuvent s'opérer dans la cavité céphalo-rachidienne pendant le cours du travail; et suivant leur abondance ou leur siége, ils sont causes de paralysies ou de mort subite. Des exemples de ce genre sont consignés dans les deux Mémoires de MM. Morderet et Moynier dont j'ai déjà parlé. On en trouve d'au-

---

[1] Ranking, *Half yearly abstract of the med. Scienc.*, t. XIX, p. 194. London. — [2] Velpeau, *Traité d'accouch.*, t. II, p. 182. — [3] *Half yearly abstract of the med. Scienc.*, t. XVI, p. 234. *London.*

tres dans les *Archives*[1]. Le traité de M. Marcé[2] tend à démontrer que les ruptures vasculaires, lorsque l'hémorragie surtoutest peu abondante ou qu'elle se fait d'une manière lente, ne sont pas sans action sur la folie puerpérale.

Ce qui se passe dans les cavités osseuses qui se dérobent à nos yeux, se manifeste quelquefois aussi dans des régions moins cachées. Ainsi, si les auteurs ne se sont pas arrêtés à décrire les ecchymoses qui arrivent spontanément quelquefois sous les conjonctives chez la femme en travail ou nouvellement accouchée, ces ecchymoses n'en ont pas moins été observées plusieurs fois.

Des ruptures qui peuvent s'opérer dans les organes du produit.

Il y a ici beaucoup moins de choses à dire que pour les ruptures qui s'opèrent dans les organes de la mère ; et d'abord il faut mettre de côté toutes les opérations faites avec intention sur le fœtus et les annexes. Je ne dois pas non plus parler des ruptures qui sont inévitables, telles que celle des membranes, au début du travail, etcelle des vaisseaux utéro-placentaires dans le décollement du délivre. Quant aux ruptures du placenta, elles ne s'observent que lorsqu'une partie de cet organe est retenue par des adhérences, et que le reste subit le décollement ordinaire. Les ruptures vasculaires qui s'opèrent dans son épaisseur n'ont guère d'importance au moment du travail. Il n'en est pas de même des organes suivants.

A. Le cordon ombilical, lorsqu'il est à l'état normal, est

---

[1] *Archiv. gén. de méd.*, t. XVI. p. 489, 497, 504. — [2] *Traité de la folie puerpérale.* Paris, 1858.

plus solide qu'on ne le croit. M. Négrier[1] a prouvé par des expériences, que cette tige vasculaire peut supporter sans se rompre un poids de neuf kilogrammes. Lorsque, par une brièveté absolue ou relative, le cordon est tiraillé dans le cours du travail, il offre donc beaucoup de résistance, et le décollement du placenta s'effectuera presque toujours avant sa rupture. Lorsque cet accident a eu lieu, il faut admettre un vice de conformation ou une maladie de ce cordon, ou tout au moins d'autres causes qui ont empêché le décollement et la sortie du délivre. On trouve des cas de rupture du cordon indiqués dans Omodei[2] et dans la thèse de M. Saurel[3].

Je n'ai pas besoin de faire remarquer ici qu'il ne faut pas confondre, avec les ruptures causées par le travail, des ruptures partielles ou totales du cordon ayant eu lieu avant le moment de l'expulsion. La constatation des pulsations cardiaques, avant l'accident, et l'aspect récent de la déchirure, pourront éclaircir le doute.

B. Ce que je viens de dire des ruptures du cordon est encore plus applicable aux fractures, qu'il faut distinguer en celles de la vie intra-utérine, et celles qui sont le résultat des violences du travail. Ainsi, je ne crains pas de dire que là où l'on a trouvé sur le fœtus des fractures multiples des membres[4], on avait affaire à des cas de ra-

---

[1] Deverg., *Traité de méd., lég.*, t. I, p. 322. — [2] *Annal. univers. de méd.*, t. CXXV, p. 345. — [3] *Thèse sur les soins à donner aux nouveau-nés.* Paris, 1846, p. 28. — [4] *V.* Chaussier, *Fract. luxat du fœtus. Bull. de la Faculté de méd.* 1813, p. 301. — Hammer, *Gaz. des hôpit.* 9 août 1859. — Hirchfeld, *Gaz. des hôpit.* 25 août 1857. — Dumesnil, *Gaz. des hôpit.* 25 août 1857. — M. Malgaigne, *Traité des fract. et des luxat.* 1847, t. I., p. 30, etc.

chitisme plutôt qu'à des ruptures produites par le travail. Ces dernières ruptures n'ont guère été constatées, que je sache, que sur des enfants soumis à des manœuvres imprudentes, telles que le redressement des membres maladroitement exécuté, ou à des tractions faites perpendiculairement à la diaphyse des os. Elles sont ordinairement uniques, et n'entraînent pas la mort de l'enfant, s'il est bien portant quant au reste.

Il n'en est pas de même des fractures et des enfoncements du crâne, avec ou sans épanchement dans les tissus environnants. Ces ruptures ont été constatées après des applications de forceps ou même sans aucune opération. On peut en voir des exemples dans les *Archives de Médecine*[1], dans le *Moniteur des Hôpitaux*[2] et dans la thèse de M. Jayet[3]. Mais la fracture la plus grave qu'on puisse observer chez le fœtus, à la suite des manœuvres obstétricales, est celle qui se produit sur la deuxième vertèbre cervicale. Cette fracture a lieu dans les présentations de l'extrémité pelvienne, qnand on se livre à des tractions énergiques ou qu'on imprime au tronc, déjà sorti, des rotations combinées avec la traction. Cette fracture, qui a échappé jusqu'ici à l'attention des médecins, est assez fréquente et toujours mortelle. On trouve à l'autopsie, ordinairement, un arrachement de l'apophyse odontoïde ou une rupture des ligaments odontoïdiens.

Je ne dirai rien des luxations et des arrachements des membres; ces ruptures sont toujours le résultat de l'in-

---

[1] *Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. I, p. 370, et 5e série, 1858; p. 323. — [2] *Monit. des hôpit.*, 1857, p. 55, 3035. — [3] Paris, 1858, n° 296.

tervention ignorante des personnes qui assistent les femmes en travail.

C. Les vaisseaux, chez le fœtus, peuvent aussi être rompus, et des hémorragies s'ensuivre pendant l'accouchement. C'est ainsi, d'après un avis presque unanime, que commencent les céphalœmatomes, dont je n'ai pas besoin de citer des exemples ; mais il se fait d'autres ruptures vasculaires plus rares, et dont on ne peut pas toujours indiquer le siége précis. Leur présence n'est décelée que par l'épanchement du sang. Tels sont les cas d'hémorragie abdominale cités par Morgagni [1] et par d'autres, les cas d'hémorragie cérébrale cités par A. Bérard et Ollivier d'Angers [2].

D. D'autres fois les ruptures vasculaires tiennent aux déchirures mêmes des viscères, et alors on peut les constater facilement ; ainsi M. Charcot [3] a observé chez un fœtus une rupture de la rate. En cas pareil, il faut toujours faire la part des violences externes, dont le fœtus n'est pas à l'abri, quoique situé dans le sein de la mère. On peut voir des faits de ce genre dans le Traité de M. Cazeaux [4], ainsi que dans la *France médicale* [5]. Dans ces cas, la violence extérieure a produit des ecchymoses sur le fœtus avant le moment de la naissance. Les médecins légistes, dans les accusations d'infanticide, sont souvent embarrassés pour dire si telle lésion anatomique, quoique très-apparente, a été faite avant, pendant ou après le travail de l'accouchement, et des

---

[1] *De caus. et sedib. morb. trad. encyclop.*, t. III, p. 129. — [2] *Thèse de Guezeesnec sur les malad. du fœtus.* Paris, 1853. n° 11. — [3] *Gaz. des hôpit.* 9 décembre 1858. — [4] 5e édit., p. 339. — [5] *Franc. medic.* Paris, 20 novembre 1858.

recherches sont nécessaires pour éclaircir ce point de science.

Je ne puis citer, en ce moment, l'auteur qui a observé des blessures du cuir chevelu, mais je crois qu'il s'agit de M. Danyau ; eh bien, dans ces cas, les saillies du bassin de la mère, dans le cours du travail, avaient produit sur la tête de l'enfant des solutions de continuité assez nettes pour faire parfaitement soupçonner une plaie par violence externe.

ÉTIOLOGIE, FRÉQUENCE.

Les causes des ruptures qui s'opèrent dans le cours du travail sont, comme dans tous les autres cas pathologiques, prédisposantes et déterminantes.

A. Les causes prédisposantes sont des vices de conformation et des lésions anatomiques ou fonctionnelles qui rendent les organes inaptes à l'accomplissement de leurs fonctions. Les lésions anatomiques sont ordinairement des conséquences de l'inflammation, des ramollissements, des occlusions, des dégénérescences ou des produits de nouvelle formation, lesquels laissent aux tissus de l'organe, le plus souvent, moins d'élasticité ou de résistance qu'à l'état normal.

B. Les causes déterminantes sont, au contraire, des violences externes ou internes, mais qui auraient plus rarement occasionné des ruptures sans le concours de la cause prédisposante. Entrons ici dans quelques détails sur la diversité des causes déterminantes et sur leur mode d'action.

Il y a, dans le cours du travail, deux forces expulsives naturelles qui sont la contraction utérine et les efforts volontaires, et deux forces d'inertie ou résistances qui sont le corps mobile et la filière qu'il doit parcourir. Lorsque les forces d'inertie ou résistances augmentent, les forces expulsives peuvent augmenter aussi au point de les surmonter; mais ceci a lieu jusqu'à une certaine limite, au delà de laquelle les forces ne peuvent se déployer sans accidents. Les ruptures précisément sont sur cette limite lorsqu'il n'y a pas de causes prédisposantes; elles peuvent arriver avant, au contraire, lorsque ces causes existent.

L'art précisément intervient pour diminuer les résistances ou pour augmenter les puissances; et, pour indiquer son action avec plus de clarté, jetons un coup d'œil rapide sur le siége des principales ruptures :

1° La vulve et le périnée, lorsqu'ils sonts atteints d'une des causes prédisposantes dont j'ai parlé, peuvent être le siége de déchirures, même quand les efforts de l'utérus et les tractions de l'opérateur seraient peu intenses; mais, dans le cas contraire, ils se dilateront toujours pourvu que ces forces laissent aux tissus le temps de se distendre. Des ruptures auront lieu, au contraire, si on violente ces parties.

L'autre cause de rupture du périnée est la résistance qu'offre le fœtus par son volume comparativement à l'extensibilité des parties molles qu'il doit traverser; aussi de ces causes de ruptures résultent trois indications : 1° écarter, autant que possible, les causes prédisposantes de ruptures qui sont inhérentes aux tissus; 2° modérer les forces expulsives pour laisser aux parties molles le temps de se dilater; 3° diminuer, autant que possible, le volume que

présente la partie fœtale par une bonne présentation.

2° Les causes qui provoquent les ruptures de l'utérus et du vagin diffèrent des précédentes, lorsqu'on les considère dans le corps même de l'utérus ; elles sont, au contraire, les mêmes, si on les étudie dans le col et le vagin; aussi ces dernières parties offrent-elles exactement les mêmes indications que la vulve et le périnée.

Les ruptures du corps de l'utérus, au contraire, reconnaissent pour cause, outre la prédisposition dont il peut porter le germe, l'action même de la contraction de cet organe et l'action des efforts volontaires que fait la femme. Elles peuvent encore ici se produire lorsque ces forces seront faibles, toutes les fois qu'il y aura de fortes prédispositions; dans le cas contraire, elles ne se produiront que lorsqu'il y aura une grande énergie de la part des résistances. Tels seront précisément les cas où il y aura des causes mécaniques de dystocie provenant de la mère ou de l'enfant; comme elles se produiront lorsqu'il y aura déploiement d'une grande énergie de la part des puissances pour surmonter ces obstacles. Dans tous ces cas, l'intervention de l'art pourra conjurer les ruptures : 1° en donnant une bonne direction à l'enfant; 2° en exerçant sur lui des tractions qui soulagent les efforts utérins. Cette intervention serait dangereuse, au contraire, si on cherchait à augmenter les forces expulsives par l'administration du seigle ergoté, ou en engageant la femme à redoubler ses efforts volontaires.

Ce précepte de pratique malheureusement est trop méconnu; aussi voyons-nous souvent des sages-femmes ou des médecins inexpérimentés administrer le seigle, faire marcher la femme ou l'engager à faire de violents efforts

volontaires là où des causes mécaniques exigent toute autre ressource de l'art. Les conséquences de cette pratique sont les ruptures de l'utérus ou autres effets semblables, et ici je pourrais en multiplier les exemples ; mais je me contenterai de citer ceux qu'on trouve dans les Annales d'obstétrique[1], pour prouver depuis combien de temps on abuse du seigle.

Les indications qui résultent de ceci sont donc que, pour éviter les ruptures spontanées du corps de l'utérus, il faut, autant que possible, diminuer les résistances que rencontre le fœtus sur son passage ; il est dangereux d'augmenter les forces naturelles qui le mettent en mouvement.

Je ne ferai que mentionner ici les mouvements actifs du fœtus, que l'on a accusés de produire les ruptures dont nous parlons, et qui sont évidemment une cause illusoire. Des causes autrement puissantes pour produire ces lésions sont les manœuvres ou opérations intempestives que l'on fait pour délivrer la femme. Je ne parlerai pas de la succussion d'Hippocrate, ni des pressions violentes qu'on fait sur l'abdomen. Ainsi, le professeur Pitra me disait avoir constaté, en Russie, la rupture de l'utérus chez une femme sur le ventre de laquelle un homme était monté debout pendant le travail, pour redresser le fœtus avec les pieds et le pousser en dehors. Ces moyens barbares méritent à peine d'être signalés. J'en dirai autant de ces instruments tranchants ou piquants avec lesquels on faisait jadis l'embryotomie et l'extraction de l'enfant. Ces instruments désormais sont bannis de la pratique ; mais il y a aujourd'hui encore des opérations qui peuvent occasionner des ruptures de l'utérus : ce sont l'embryotomie et la version pelvienne. On

---

[1] Par Andrieux, t. I, p. 180, 185.

a bien accusé aussi le forceps de produire de pareils accidents ; mais, je ne crains pas de le dire, voudrait-on les produire volontairement avec cet instrument, je crois qu'on ne le pourrait pas sur le corps utérin. Les cas où l'autopsie aurait démontré ces ruptures doivent être attribués aux causes prédisposantes ou à l'excès des contractions utérines et volontaires. Une application plus prompte du forceps aurait précisément pu éviter l'accident même pour lequel on accuse cet instrument. Par l'application du forceps on peut occasionner des ruptures sur le col, le vagin, le périnée et la vulve, si, pendant les tractions, on ne laisse pas à ces parties le temps de se dilater. Mais, dans le cas contraire, et surtout si on arrête la tête avec l'instrument lorsqu'il le faut, on prévient encore ces ruptures plutôt qu'on ne les occasionne. Quant aux cas dans lesquels le forceps, au lieu d'être appliqué sur la partie fœtale, a été placé sur le col pendant que cette partie coiffait encore la tête de l'enfant, et où les tractions ont arraché le col dans une partie plus ou moins étendue, ces cas, dont on cite plusieurs exemples dans l'ouvrage de M. Velpeau[1] et dans le Mémoire de MM. Péreira et Lasserre[2], doivent être imputés à la maladresse, ou tout au moins à l'inadvertance de l'opérateur, et non à l'action de l'instrument.

Je n'oserais pas en dire autant du céphalotribe, surtout lorsque des esquilles osseuses de la tête de l'enfant qu'il n'est pas toujours possible d'éviter, vont heurter le canal charnu que l'on fait parcourir au fœtus. Ces ruptures cependant sont très-rares entre des mains expérimentées.

---

[1] *Traité d'acc.*, t. II, p. 195. — [2] *Abus des manœuvres obstétricales.* Paris, 1843.

Une opération, qui a souvent produit l'accident dont nous parlons, c'est la version pelvienne, lorsque pour la faire on a attendu l'écoulement complet des eaux et la contraction permanente de l'utérus. Dans ces cas, le fœtus est tellement serré par la matrice que la main ne peut pas lui faire faire sans violence le mouvement d'évolution; c'est dire, par conséquent, qu'il ne faut pas attendre aussi longtemps pour pratiquer l'opération; et, si l'on est arrivé trop tard, comme dans ces cas le fœtus est ordinairement mort, il faut préférer l'embryotomie.

On a vu aussi des ruptures de l'utérus être le résultat de manœuvres opérées pour délivrer les femmes, soit avec la main[1], soit avec des curettes, et la chose est d'autant plus curieuse, qu'on a pris pour le délivre la partie saillante de la cavité utérine sur laquelle avait été greffé le placenta; on a pris pour un reste de délivre la matrice à l'état d'inversion, ou même son col simplement hypertrophié.

3° Les causes de la rupture vésicale sont faciles à saisir, je n'en parlerai pas; il n'en est pas de même de celles de la rupture des vaisseaux du petit bassin, lorsqu'elle a lieu surtout sans cause prédisposante appréciable. Je dis avec intention sans cause *appréciable,* parce que je conçois difficilement la rupture de vaisseaux qui ne seraient pas malades, sans que les forces expulsives aient dépassé leur limite ordinaire, sans une action directe d'instruments ou sans une pression violente de la tête de l'enfant contre les parois osseuses du bassin.

Je le dis avec d'autant plus de certitude que veillant toujours à ce que ces forces ne déploient pas trop d'éner-

---

[1] Peu, *Prat. des accouch.*, p. 329. — Portal, *observ.*, p. 93.

gie, et, intervenant assez promptement pour les soulager, je n'ai jamais vu, dans douze ans de pratique, des thrombus se produire au vagin ni à la vulve ; à plus forte raison je n'ai jamais vu d'hémorragies intra-péritonéales arriver pendant le travail.

4° La cause des ruptures de toute tumeur accidentelle, qui aurait pour siége l'abdomen, est trop facile à saisir pour que je m'y arrête. Ici la tumeur même étant une prédisposition, l'indication de ménager les efforts naturels du travail est encore plus formelle.

5° Quant aux ruptures des parois osseuses, musculaires ou aponévrotiques de l'abdomen, leur cause est très-évidente, c'est le résultat de l'action outrée des efforts volontaires. La contraction utérine n'est presque pour rien ici ; aussi toute cause qui, comme les obstacles mécaniques de la dystocie, exigera un déploiement plus considérable de ces efforts volontaires, augmentera la chance des ruptures; de même que toute cause, capable de diminuer ces forces, les conjurera. Les tractions sur le fœtus et l'emploi du chloroforme agissent précisément dans ce dernier sens.

6° Les ruptures du thorax, du cou et de la cavité céphalo-rachidienne, ne reconnaissent non plus d'autre cause que les efforts volontaires de la femme. C'est la distension outrée du poumon, c'est la stagnation du sang dans le cœur et les gros vaisseaux pendant les efforts dont nous parlons, qui sont la cause des ruptures ; de là les mêmes indications que pour les cas précédents.

Dans l'éclampsie, les femmes meurent souvent par suite d'épanchements cérébraux, dont la production tient absolument à la gêne que la respiration apporte au retour du sang dans le cœur pendant le cours des attaques.

7° La cause des ruptures chez le fœtus, quoique différant un peu de celle qui vient de la mère pour ce qui concerne les arrachements du cordon, lui est semblable pour le reste. Ainsi *le fœtus, quoiqu'on ne l'ait pas encore dit, exécute dans le sein de la mère des mouvements thoraciques comme s'il respirait au dehors; c'est par ces mouvements surtout qu'il aspire le sang du placenta.* Eh bien, qu'une cause quelconque jette du trouble dans ces mouvements, et la stase du sang produira des ruptures ou des épanchements, comme nous les avons vu arriver chez la mère. La longueur et les difficultés du travail précisément produisent cet effet; aussi l'indication qui en découle est-elle d'intervenir avant que ces troubles arrivent. Quant aux phénomènes de dystocie provenant d'une présentation vicieuse ou compliquée, ces phénomènes sont conjurés facilement en donnant au fœtus une position favorable, sans attendre que les efforts de la nature l'y ramènent, comme une ponction ferait bientôt disparaître la dystocie dont une hydropisie fœtale serait la cause.

8° Les ruptures, chez le fœtus, peuvent provenir aussi des opérations qu'on pratique sur lui, et ici encore j'ai besoin de m'arrêter sur des préventions qui existent dans la science. Je me suis déjà expliqué sur les causes de la rupture du cordon, qu'il est quelquefois difficile d'éviter, et sur la fracture des membres, que l'on peut prévenir facilement en agissant avec intelligence; mais le point sur lequel je veux insister est l'action du forceps, qu'on accuse à tort, et celle de la version pelvienne, qu'on n'accuse pas assez.

Si maladroit que soit un opérateur, il n'occasionnera jamais de rupture chez le fœtus par la simple application

de l'instrument. Ces fractures, si elles ont lieu, sont le résultat des résistances que rencontre la tête et des tractions qu'on a dû faire pour les surmonter. On pourra éviter quelquefois ces fractures en faisant exécuter à la tête tel mouvement plutôt que tel autre, en faisant des tractions très-lentes au lieu de les faire avec violence; mais il y a des cas où elles sont inévitables; bien plus, elles ont lieu quelquefois lorsque le travail est livré aux seuls efforts de la nature.

Les fractures et autres ruptures que produit la version pelvienne sont autrement meurtrières, et, parmi ces fractures, la plus grave est l'arrachement de l'apophyse odontoïde, comme je l'ai dit plus loin. C'est à cette fracture qu'est due la mort du fœtus, dans presque tous les cas de version pelvienne : ou il vivait avant l'opération, ou il naît avec des pulsations du cœur, mais dans l'impossibilité de respirer. C'est que la moelle, qui tient sous sa dépendance les mouvements respiratoires, est comprimée au niveau de la fracture. Ce point est capital, et nous verrons comment il est possible d'y porter remède, de même qu'il est possible de parer à une foule d'autres accidents.

Je parle encore ici avec certitude, parce qu'en agissant en temps opportun, au lieu d'avoir des présentations du tronc qui donnent 1 enfant mort sur 3, malgré la version pelvienne; au lieu d'avoir des présentations de la face ou du siége, qui donnent 1 enfant mort sur 10 ou 11, je n'ai que des présentations du sommet; et, dans ces dernières, au lieu d'avoir 1 enfant mort sur 50, je n'en ai pas 1 sur 200, à moins que des maladies de la mère ou de l'enfant ne soient venues compliquer le travail.

C. Je viens de parcourir, à un point de vue général, les causes les plus fréquentes des ruptures et d'en faire dé-

couler des indications pratiques, pour préparer ainsi le traitement prophylactique ; mais je l'ai fait surtout pour expliquer la fréquence des ruptures qui s'observent dans la pratique de ceux qui laissent les mères et les enfants en proie à ces causes. Je regrette que le temps ne me permette pas de faire la statistique des nombreux cas que j'ai extraits des ouvrages et de la presse périodique, mais j'espère pouvoir le faire un jour.

En attendant, je crois que, par la proportion des ruptures ou autres accidents semblables que rencontre un médecin dans sa clientèle, je pourrai dire si ce médecin abandonne le travail à une expectation dangereuse, ou bien s'il suit les vrais principes de l'intervention obstétricale, principes par lesquels il se mettra presque toujours à l'abri de ces accidents.

Les statistiques que j'ai pu rassembler sur les ruptures, ne portent que sur la déchirure du conduit utéro-vaginal ; mais, comme cette déchirure est la principale, elle nous donnera la mesure des autres. Je diviserai ces statistiques en française, allemande et anglaise.

France [1]	Guillemeau. .	3	ruptures	
	Mauriceau . .	3	—	
	Grégoire . . .	16	—	
	Coffinière. . .	15	—	
	Delamotte. . .	2	—	
	Pacoud	2	—	sur 4,080 accouchements.
	Lambert croit.			: : 1 : 1,000.
Allemagne [2]	Ritter.	64	—	dont un seul cas à lui.

[1] *V.* les ouvrages de ces auteurs et celui de M. Velpeau, *Traité d'acc.*, t. II, p. 185. — [2] *Gaz. méd.* Paris, 1844, p. 609.

Angleterre[1]	Ramsbotam.	12 ruptures			
	Clarke	8 rupt.	sur	10,387 acc.	: : 1 : 657
	Meriman . . .	1	—	2,947	
	Kever.	20	—	8,600	
	Collins	34	—	16,654	
	Burns croit.				: : 1 : 940

Mais une statistique de M. Simpson nous donne à la fois la proportion et l'explication de la fréquence[2] de cette rupture. La voici :

Longueur du travail.	Nombre de femmes.	Nombre de ruptures.	Proportion. rupt. acc.
Jusqu'à 6 heures	13,412	7	: : 1 : 1912
De 7 à 24 —	2,194	10	: : 1 : 217
Plus de 24 —	217	7	: : 1 : 38

Ainsi il est évident, par ce qui précède, que le nombre des ruptures est, toutes choses égales d'ailleurs, en proportion de la durée du travail. Je pourrais en dire autant de plusieurs autres accidents ; de plus, il paraît résulter que l'Angleterre, où l'expectation est ordinairement plus suivie qu'ailleurs, est aussi la nation qui offre le plus de ces accidents. Si, dans une statistique de Roberton[3], où figurent trente-six cas de ruptures utéro-vaginales, la proportion n'est pas toujours en raison directe de la durée du travail, c'est qu'on n'a pas tenu compte des lésions anatomiques concomitantes, qui, comme nous l'avons dit, peuvent provoquer les ruptures au bout de très-peu de temps, et avec des efforts médiocres de la part de l'uté-

---

[1] Churchill, *Syst. of Midwifery*. Philadelphie, chap. XXII, p. de 446 à 452. — [2] *Obstetric. Work*. — [3] Velp., *Traité d'acc.*, t. II, p. 195.

rus. On trouvera, au contraire, dans les comptes rendus de Synclair, la statistique de dix-sept cas où la durée du travail, comme dans celle de Simpson, explique parfaitement ces ruptures. Ainsi, chez deux femmes, il a duré huit heures; chez deux autres, douze; chez une, vingt; et dans les autres douze cas, de vingt-quatre à soixante-onze heures[1].

SYMPTOMES, MARCHE, TERMINAISON.

A. Lorsque des causes prédisposantes locales préparent les ruptures, ce sont les phénomènes locaux qui se montrent tout d'abord, variables suivant les organes et suivant les lésions anatomiques dont ils sont le siége. Ces phénomènes peuvent avertir quelquefois le médecin intelligent; mais le plus souvent ils passent inaperçus, ou la lésion anatomique préoccupe plus par son état actuel que pour les accidents ultérieurs.

A peine si l'organe est le siége de pesanteur, de tiraillements ou de douleur, quelques heures ou quelques minutes avant sa rupture. Le plus souvent, au contraire, la rupture arrive à l'improviste : c'est un cri de la femme ou le bruit d'un craquement qui l'annoncent; et, comme ces ruptures s'opèrent presque toujours dans des tissus ou au sein de cavités profondes, c'est ordinairement par des signes rationnels qu'elles se révèlent au médecin.

Ces symptômes varient suivant l'organe, l'étendue de

---

[1] *Practical méd. vitry.* London, 1858, p. 429, etc.

la rupture et les accidents immédiats qu'elle entraîne. Ce sera une simple douleur locale, lorsqu'il s'agira d'une fracture ou d'une déchirure sans épanchement de sang abondant. Dans les déchirures du périnée, la femme le plus souvent n'a même pas la conscience de ces ruptures, tant les douleurs de l'enfantement sont grandes. S'agit-il, au contraire, d'une rupture viscérale, la douleur locale est peu de chose en comparaison des troubles généraux. Ce sont alors les symptômes des hémorragies graves qui se manifestent et que je n'ai pas besoin de décrire ici. La rupture même de la vessie, ou d'un kyste dans la cavité péritonéale a des symptômes immédiats qui se rapprochent de ceux de la rupture utérine.

S'agit-il d'une rupture de vaisseaux dans le voisinage du canal vulvo-vaginal, c'est alors la formation subite d'une tumeur qui annonce l'accident, et l'infiltration ecchymotique ne tarde pas à paraître sous les téguments; s'agit-il, au contraire, d'un épanchement dans la cavité céphalo-rachidienne, ce sont les troubles nerveux et surtout la paralysie qui annoncent la rupture. Lorsque le cerveau, le bulbe rachidien, le cœur et les gros vaisseaux ou le poumon sont le siége de la rupture, la mort peut être instantanée.

Si les grands centres de vie n'ont pas été profondément atteints, et surtout que l'hémorragie n'ait pas été très-abondante, dans ces cas le travail de l'accouchement, après quelques instants de suspension, peut reprendre et même se terminer spontanément.

Les choses cependant ne se passent pas ainsi si le corps utérin est le siége de la rupture, et surtout si le produit est passé en entier ou en partie dans la cavité péritonéale.

Alors tout travail s'arrête, le ventre se déforme ; la femme, après avoir senti une chaleur insolite se répandre dans la cavité abdominale, perçoit les mouvements actifs sur des points où elle ne les avait jamais sentis ; mais bientôt ces mouvements cessent, car le fœtus meurt dès qu'il quitte la cavité amniotique.

Voilà, en peu de mots, le tableau de la première phase des ruptures. Arrivons à la seconde ; et, encore ici, les phénomènes seront variés suivant le siége et l'étendue de la rupture, suivant les accidents immédiats qu'elle a produits, et suivant d'autres conditions faciles à saisir.

B. La nature procède ici à la réparation ; mais ses moyens ne sont pas toujours suivis d'un heureux effet, et si l'on a vu plusieurs fois les ruptures se guérir complétement, avec ou sans les secours de l'art, on en voit bien plus souvent encore se terminer par la mort, par d'autres accidents, ou par des infirmités.

Les ruptures du périnée et de la vulve qui, comme nous le verrons plus loin, même dans les cas les plus graves, ont pu se terminer par la réunion immédiate ou secondaire des bords de la plaie, ces divisions se cicatrisent le plus souvent séparément. La femme alors perd involontairement ses excréments, si le sphincter anal est largement divisé. Si le plancher périnéal manque seul, elle éprouve des tiraillements continuels dans les lombes et les symptômes d'un abaissement de matrice. Enfin si la rupture n'a entamé que le replis muqueux ou la peau de la fourchette, la guérison s'opère sans laisser d'infirmité. Les cas de perforation du périnée qui sembleraient devoir être les plus graves, sont, au contraire, faciles à se guérir.

La réparation des ruptures du canal utéro-vaginal est

beaucoup moins aisée. Le sang épanché, la présence du produit dans le péritoine ou l'engagement des intestins dans la rupture, déterminent des phénomènes de réaction qui sont le plus souvent mortels. D'autres fois cette réaction même établit autour du produit un sac membraneux qui isole les parties environnantes du corps étranger ; plus tard ce kyste absorbera le contenu, ou, en s'ulcérant, il l'éliminera au dehors.

Ce que je dis des épanchements de la cavité péritonéale, je le dirai de ceux qui s'opèrent dans les autres cavités ou dans le parenchyme des tissus. La partie la plus liquide du sang est résorbée tout d'abord, puis la partie solide, et souvent après plusieurs mois toute trace d'épanchement a disparu. Une cicatrice indique seule le siége où la rupture avait eu lieu.

C. Les symptômes, la marche et la terminaison des ruptures qui s'opèrent chez le fœtus ne nous arrêteront pas longtemps. Les ruptures du cordon ont pour symptôme l'hémorragie, et si l'accouchement n'est pas assez prompt pour que l'enfant respire, la mort en est la conséquence. Pareil résultat a lieu dans les ruptures viscérales du fœtus.

Lorsque le squelette est seul le siége de ces solutions de continuité, l'altération des formes de la partie lésée est un symptôme qui frappe même les personnes étrangères à l'art. Ces lésions, s'il n'y a pas d'autre complication, ne sont pas très-graves, et les enfoncements du crâne, comme les fractures des membres, se guérissent assez souvent sans laisser de trace appréciable. La fracture de la deuxième vertèbre cervicale, au contraire, est toujours mortelle. Les épanchements sanguins chez l'enfant se résorbent avec promptitude ; aussi, lorsqu'ils ne sont pas assez forts pour

produire des accidents primitifs mortels, sont-ils moins dangereux que chez l'adulte.

DIAGNOSTIC.

Il y a des ruptures dont la gravité, comme je l'ai dit, produit une mort instantanée, et l'anatomie pathologique, seule, peut en faire connaître le siége. Telles sont les ruptures complètes des parois du cœur ou des gros vaisseaux, les épanchements considérables de sang à la base du cerveau et surtout autour du bulbe rachidien. Il y a d'autres ruptures graves qui peuvent cependant permettre de les diagnostiquer par les symptômes locaux ou généraux qu'elles occasionnent, et ici, il faut avoir des connaissances précises sur chacune d'elles, car la vie ou la santé de la femme et la réputation du médecin peuvent dépendre de quelques minutes d'hésitation, ou d'un traitement mal appliqué. Parcourons donc les principales ruptures et tâchons d'en préciser le diagnostic.

1° Les déchirures de la vulve et du périnée sont visibles à l'œil du premier venu, quand ils se donne la peine de regarder les organes génitaux externes de la femme. Il arrive pourtant que l'accouchement a eu lieu soit spontanément, soit par suite d'une application de forceps, de céphalotribe ou par suite d'une version pelvienne ; une déchirure, même étendue, a eu lieu, et cependant le médecin ne se doute pas encore de l'accident. C'est ordinairement les jours suivants, lorsque les parties se gonflent ou sont très-douloureuses qu'on y regarde. D'autres fois, c'est la perte invo-

lontaire des gaz ou des matières fécales qui fait penser à la déchirure du périnée. Pareille surprise n'arrivera pas à celui qui surveille le périnée et la vulve pendant le passage de la tête et des épaules de l'enfant. Celui-là verra la plus petite rupture au moment même où elle se produit, et bien plus, comme je le dirai plus loin, la vue d'une distension outrée des parties, la vue d'une éraillure le portera à agir de manière à prévenir une véritable déchirure. Si naturel qu'ait été l'accouchement, dès que le délivre est sorti, il faut *toujours* examiner les organes génitaux externes. L'écartement de la vulve relâchée permet même alors de voir une partie assez étendue du vagin et des ruptures incomplètes du périnée qui se sont faites en dedans, ruptures qui auraient passé inaperçues sans cet examen.

2° Je ne m'arrêterai pas au diagnostic des ruptures du col utérin dans sa partie intra-vaginale, et qu'on peut, à la rigueur, reconnaître immédiatement par le toucher. Un diagnostic bien plus urgent serait celui des ruptures incomplètes des parois du conduit utéro-vaginal, et qui, ne produisant pas de symptômes immédiats très-alarmants, sont le siége de ruptures complètes quelques heures ou quelques jours plus tard. C'est l'autopsie encore ici qui vient dévoiler une lésion dont on ne s'était pas douté.

Ces ruptures incomplètes sont aussi la source de fistules qui aboutissent au rectum ou à la vessie. Ce mécanisme de la formation des fistules est peut-être même plus fréquent que celui de la mortification des parois qui en sont le siége.

Mais arrivons au diagnostic de la rupture complète des parois du conduit utéro-vaginal, qui est le plus important de tous. Si cette rupture a été brusque, on a d'abord tous

les symptômes des grandes hémorragies (pâleurs, altération des traits, lipothymies, syncopes, nausées, vomissements, frissons, mouvements convulsifs), et de plus les phénomènes locaux, dont j'ai parlé à propos des symptômes de cette déchirure (déformation du ventre, mobilité du fœtus, déplacement de ses mouvements, sa mort prompte, suspension des contractions utérines, perte abondante de sang à l'intérieur et à l'extérieur). Malheureusement ces ruptures ne se font pas toujours aussi brusquement; elles s'effectuent quelquefois d'une manière si lente qu'on ne se serait jamais douté de leur présence. Ce n'est pas alors dans les symptômes de l'hémorragie ni dans les symptômes de la rupture brusque qu'on doit chercher les éléments du diagnostic. Les sensations de la femme, la forme du ventre, la mort du fœtus, tout cela peut être trompeur. Ici il n'y a aucun signe ni physique ni rationnel d'hémorragie grave ; aussi l'examen par le toucher vaginal seul pourra permettre d'asseoir un diagnostic certain. A moins qu'il ne s'agisse d'une oblitération ou d'une dégénérescence du col, le travail a déjà assez dilaté cette partie pour qu'on puisse la franchir avec les doigts, et alors, si l'on compare surtout l'état actuel des parties à celui qui existait quelques instants auparavant, on trouve l'utérus relâché et le produit plus ou moins éloigné. Si l'on peut pénétrer plus profondément, on arrive à trouver le siége de la rupture avec engagement partiel ou total du fœtus ; d'autres fois, on trouvera que les intestins se sont engagés à travers la déchirure ; d'autres fois, enfin, l'enfant a passé complétement dans la cavité péritonéale. On ne confondra pas la déchirure utérine avec une contraction de l'organe sur le délivre enchatonné. Ant. Dubois, à qui cette crainte est arrivée au début

de sa carrière, dans un cas semblable, a bientôt reconnu son erreur par un examen plus exact [1]. Un nouveau symptôme des ruptures utéro-vaginales a été donné par M. Mac Clintock [2]. C'est un emphysème de l'hypogastre ; mais je crois que ce signe est trop tardif pour qu'on puisse y compter beaucoup.

3° La rupture de la vessie offre presque tous les signes de la rupture de l'utérus, sauf ceux qui sont fournis par la déformation du globe utérin et par le toucher vaginal. La vessie du reste ayant été fortement distendue avant de se rompre, on aura pu voir une tumeur molle, d'un volume circonscrit, se former au-devant de la tumeur utérine, et la disparition subite de cette tumeur se faisant sans excrétion d'urine, suffira à établir le diagnostic. Ce que je dis de la tumeur vésicale est applicable à toute autre tumeur, dont la présence aurait été constatée avant le travail, et qui disparaîtrait subitement en produisant tous les symptômes des ruptures qui s'opèrent dans le péritoine.

Lorsqu'il s'agit d'un vaisseau considérable de la cavité abdominale ou de la rupture d'une tumeur sanguine dont on ignorait la présence, ce sont la douleur et la tension locales, conjointement avec les signes généraux des grandes hémorragies, qui mettent sur la voie du diagnostic.

4° Quant à reconnaître la rupture des parois de l'abdomen, il suffit de comparer leur état antérieur à leur état actuel ; et ici il ne faut pas confondre la dilatation de l'infundibulum ombilical avec l'écartement de la ligne

---

[1] Mme Lachapelle, *Mém.*, 3e vol. — [2] Dublin, *Quaterly Journal*, et *Courrier méd. de Paris*, 15 décembre 1858, ou bien *Annuaire de la Littér. méd. étrang.*, 1858, p. 262.

blanche, qui a lieu dans presque toute l'étendue de la paroi abdominale. Le diagnostic sera moins précis lorsqu'il se sera fait des ruptures partielles de muscles. Ces ruptures ne seront reconnues que plus tard, par la perte ou la faiblesse des mouvements de ces muscles, ou par le vide qui reste entre leurs fibres, si les tissus qui les recouvrent permettent à la main de suivre ces muscles dans une certaine étendue.

La rupture des ligaments articulaires du bassin peut être diagnostiquée par le craquement qui l'a accompagnée; mais c'est surtout après avoir constaté la mobilité anormale des os et la douleur de ces mouvements, après avoir exploré les articulations par la pression extérieure que l'on doit se prononcer.

5e Je n'ai pas besoin de m'arrêter au diagnostic de l'emphysème du cou et des parois du thorax ou à celui des fractures sternales, tant ce diagnostic est facile. Il n'en est pas de même de l'emphysème pulmonaire. Les cas où cet accident a été observé sont encore trop rares pour qu'on en ait étudié les signes; mais évidemment on doit les trouver dans la dyspnée, la dilatation du thorax et l'excès de sonorité à la percussion.

Quant au diagnostic des ruptures de vaisseaux dans la cavité céphalo-rachidienne, il sera facilement établi par les paralysies du sentiment et du mouvement, qui en sont la conséquence immédiate.

6° Le diagnostic des ruptures qui s'opèrent chez le fœtus est facile, lorsqu'il s'agit de fractures avec enfoncement du crâne, mais impossible, lorsqu'il y a seulement rupture linéaire sans déplacement de ces os. La fracture de la vertèbre cervicale est facilement reconnue en portant

le doigt à travers la bouche sur la partie antérieure de la colonne vertébrale, comme M. Malgaigne le conseille chez l'adulte.

La fracture des membres chez le fœtus s'accompagne d'immobilité de la partie, et pourrait être confondue un instant avec une paralysie ; mais celle-ci est très-rare, je n'en connais qu'un exemple[1] observé par M. Danyau. Je ne compte pas parmi les paralysies la faiblesse qu'offrent les membres à la suite de procidences ou à la suite de tractions sur ces parties. L'examen des os fracturés, la crépitation et l'altération de la forme du membre effaceront bientôt les doutes.

Les ruptures de vaisseaux avec épanchement seront quelquefois appréciables, chez le fœtus, lorsqu'elles auront pour siége la cavité crânienne, à cause des symptômes de compression et des convulsions que causent le plus souvent ces épanchements ; mais on ne les reconnaîtra guère qu'à l'autopsie, si ces ruptures ont pour siége le thorax ou l'abdomen.

Les ruptures du cordon demanderaient un diagnostic bien plus prompt, parce que de leur connaissance résulte l'intervention immédiate, et par conséquent la vie ou la mort du fœtus. Malheureusement elles ne sont reconnues que trop tard, si elles sont spontanées. L'hémorragie qui les accompagne n'est pas assez distincte de celle de la mère, ni assez abondante pour appeler l'attention du médecin. L'auscultation peut seule mettre sur la voie d'un trouble subit dans la vitalité du fœtus ; mais, lorsque les pulsations cardiaques sont irrégulières ou intermittentes, il est déjà

---

[1] *Gaz. des Hôp.*, 1851, p. 267.

trop tard pour intervenir. Le diagnostic des ruptures du cordon est facile lorsque, dans une application du forceps ou dans la version pelvienne, on rencontre un obstacle qui retient le fœtus et qui cède brusquement à la traction de l'opérateur. Dans ces cas, du reste, la présomption ne tarde pas à être confirmée par la sortie du fœtus et par l'inspection de la tige rompue.

PRONOSTIC.

Le pronostic des ruptures, par le tableau même que nous venons de voir, est souvent mortel, presque toujours grave, rarement léger. Je ne m'occuperai que du pronostic des principales de ces lésions.

1° La déchirure du repli muqueux de la fourchette passe inaperçue, quoique cependant le médecin doive veiller à ce que ce repli soit conservé, et nous verrons comment il doit s'y prendre. Lorsque la déchirure a atteint le repli muqueux et le repli cutané jusqu'au bord antérieur du plancher musculo-fibreux, alors c'est déjà une lésion qui peut ne pas être indifférente au point de vue de la santé et même du moral de la femme. Heureusement pour la réputation du médecin, cette déformation est mise sur le compte d'autres causes plutôt que sur celui d'une déchirure. Lorsque la rupture divise le plancher musculo-fibreux du périnée, comme je l'ai dit en parlant des symptômes, c'est déjà une infirmité, et enfin la division du sphincter une infirmité plus grave encore et dégoûtante pour la femme et pour ceux qui l'entourent. On peut dire ici que bien des femmes portent ces infirmités,

et qu'elles n'en continuent pas moins à avoir des rapports conjugaux, à faire des enfants et à vivre longuement, mais il n'est pas moins vrai de dire que ces ruptures, quel que soit leur degré, méritent d'appeler l'attention la plus sérieuse du médecin.

2° Le pronostic est autrement grave pour les ruptures du conduit utéro-vaginal, lorsqu'elles sont complètes surtout, ou qu'elles se complètent avant ou pendant le travail qui semblerait devoir les réparer. La mort immédiate par hémorragie ou consécutive à la violence de la réaction, voilà malheureusement la conséquence fréquente de ces ruptures. La guérison cependant a été observée dans bien des cas, soit que l'art y ait apporté secours, soit même que la maladie ait été complétement abandonnée à la nature. Je pourrais citer un grand nombre de cas de guérison épars dans les publications périodiques, dans les monographies ou dans les traités classiques d'accouchement, mais je me contenterai d'indiquer une statistique de Ritter[1] où, sur 69 cas de ruptures de l'utérus, 17 femmes ont été guéries. Parmi ces femmes, deux ont été opérées par la gastrotomie, deux par la version pelvienne, une par la perforation du crâne de l'enfant et l'application du forceps, deux par la perforation du crâne et la version pelvienne, une par l'application du levier; sept ont été délivrées par les voies naturelles sans qu'on ait spécifié le procédé; enfin deux ont été livrées aux seuls efforts de la nature.

Cette statistique, comme une foule d'autres chiffres que je pourrais aligner, tendrait à prouver que le pronostic

---

[1] *Gaz. méd.* Paris, 1844, p. 609.

des ruptures utéro-vaginales n'est pas si grave qu'on voudrait le faire croire. Mais ici il faudra faire une remarque : c'est qu'on a souvent confondu les ruptures des grossesses extra-utérines avec celles de la grossesse utérine proprement dite. Ainsi, une des deux femmes, qui figurent dans le tableau précédent et qui ont guéri par les seuls efforts de la nature, a vu les débris de son fœtus passer à travers des ulcérations qui se sont faites au rectum et à l'ombilic. Le mode de terminaison de cette rupture est par conséquent celui des grossesses extra-utérines plutôt que de celles qui ont pour siége l'utérus.

Si la rupture du conduit utéro-vaginal n'a pas été constatée par l'introduction de la main à travers les organes génitaux, on conçoit donc que, même dans les cas où il y aurait eu écoulement d'un peu de sang par la vulve, et même après la gastrotomie, on ait pu croire à la rupture de l'utérus, tandis qu'il s'agissait tout bonnement de la rupture du kyste de grossesses extra-utérines.

Je ne nie cependant pas ces guérisons d'une manière absolue ; ainsi dans un cas rapporté dans le *Bulletin de la Société de médecine de Gand*[1], il y a eu extraction de l'enfant par l'application du forceps, et, après sa sortie, une anse intestinale a passé à travers la rupture utérine. Un fait semblable avait même été observé, il y a longtemps, par Rungius[2]. On ne peut pas révoquer en doute non plus la rupture du corps utérin, là où le médecin, après avoir pénétré par le vagin dans la cavité utérine, a dû retirer le fœtus qui était déjà plus ou moins engagé à tra-

---

[1] *Rev. thérap. du Midi*, 30 août 1859. — [2] *Instit. chirurg. prat.*, II, p. 728, et Duparque, *Trait. rupt. matric.*, p. 167.

vers la solution de continuité de la matrice. Ces cas sont connus en assez grand nombre, et la guérison de quelques-uns a été suffisamment bien constatée pour que je n'aie pas besoin d'en citer plusieurs exemples. Celui qui est rapporté dans Duparque[1] est un des plus curieux. L'enfant était passé dans la cavité abdominale à la suite d'une rupture de l'utérus et du vagin. On en fit l'extraction huit jours après l'accident, c'est-à-dire lorsque l'enfant était déjà en putréfaction. La femme a guéri.

3° Ceci me conduit à dire naturellement que la rupture des kystes de grossesses extra-utérines, ou autres, est moins grave que lorsqu'une voie quelconque conduit de ces cavités à l'extérieur, comme cela a lieu pour la rupture dans la grossesse utérine. Je ne veux pas dire par là que l'air va pénétrer dans la cavité péritonéale, pas plus que dans la cavité de l'utérus ou du kyste. Cette opinion n'est pas soutenable devant l'observation clinique. Mais l'altération que le contact de l'air fait subir aux liquides épanchés au dehors agit, qu'on me passe la comparaison, à la manière de la traînée de la poudre; elle se communique de proche en proche aux liquides qui s'écoulent, et, de cette manière, l'altération arrive jusqu'à la cavité principale.

4° Quant au pronostic des ruptures de la paroi abdominale, il est grave, parce qu'elles laissent ordinairement une infirmité à la malade. Les ruptures du bassin, quoique plus graves par les accidents primitifs, le sont moins pour les résultats, car, bien soignées, à l'aide surtout de la ceinture de M. Martin, elles sont guérissables.

---

[1] Duparq., *Trait. des rupt. matric.*, p. 267.

5° Le pronostic des ruptures qui s'opèrent dans les cavités thoracique et céphalo-rachidiennne varie selon le siége et surtout selon le degré. Comme je l'ai déjà dit, ces ruptures peuvent entraîner la mort subite quelquefois; d'autres fois, elles laissent le germe d'une maladie grave ou d'une infirmité.

6° Quant au pronostic des ruptures qui s'opèrent chez le fœtus, il est mortel s'il s'agit d'une division du cordon et que l'art n'intervienne pas bientôt, comme il est mortel dans les cas d'épanchements considérables dans les cavités splanchniques. Il est moins grave dans les cas de fracture du squelette, à moins qu'il ne s'agisse de la fracture de la deuxième vertèbre cervicale où la mort est inévitable.

DEUXIÈME PARTIE.

TRAITEMENT.

Le traitement des ruptures, ayant été expressément demandé dans la question qui m'a été posée, exige de ma part, comme je l'ai dit en commençant, une attention toute particulière.

Je pourrais satisfaire à la demande en donnant, en détail, le traitement curatif des ruptures; mais, malheureusement, il est généralement peu efficace. Aussi, sans vouloir le négliger, je crois que le traitement prophylactique a ici bien plus d'importance. Ce dernier traitement, en effet, a été peu indiqué ou ne l'a pas été du tout par ceux qui ont parlé des ruptures, et, comme ma manière de voir diffère du peu qui en a été dit, j'attache de l'intérêt à cette partie de mon travail. Le médecin qui prévient le mal, du reste, m'a toujours paru avoir plus de mérite que celui qui attend son arrivée pour essayer de le combattre; et les ruptures, précisément, sont un mal qu'il est souvent difficile ou impossible de réparer, dès qu'il a eu lieu.

Traitement prophylactique.

Le traitement prophylactique des ruptures doit porter sur les causes prédisposantes et déterminantes. Les premières pourraient être étudiées d'une manière générale, parce qu'elles sont à peu près les mêmes, quel que soit le siége de la rupture. Les secondes ou déterminantes, au contraire, sont aussi nombreuses que diverses, suivant la partie qui est le siége de la rupture, et peuvent être séparées en divers groupes.

A. Les causes prédisposantes, avons-nous dit, sont des lésions anatomiques ou fonctionnelles, et leur nombre en est considérable.

Il serait trop long de passer en revue toutes ces altérations, et d'étudier chacune d'elles dans tout organe qui peut être le siége de ruptures. Le traitement local et général, cependant, en s'y prenant à l'avance surtout, peut souvent diminuer le degré de la maladie, s'il ne peut pas la guérir complétement. Si, malgré cela, au moment de l'accouchement, la cause prédisposante persiste, c'est alors qu'elle doit attirer toute l'attention du médecin. J'ai déjà fait pressentir cette nécessité en parlant de l'étiologie, et j'y insiste ici plus qu'ailleurs. Il y aura même des cas où la lésion anatomique est si prononcée, si difficile à combattre, qu'on ne pourra pas attendre, sans danger, le terme de la grossesse; et il sera prudent de provoquer l'accouchement prématuré. Mais laissons ce point, qu'on ne peut traiter avec fruit sans entrer dans les détails, et abordons la prophylaxie des causes déterminantes. Plu-

sieurs causes prédisposantes, précisément, trouveront leur place à côté de ces dernières.

B. 1° La prophylaxie des déchirures de la vulve et du périnée est à la fois la première dans l'ordre que j'ai adopté, et la plus importante à cause de la fréquence et des suites fâcheuses de cet accident.

C'est ici précisément qu'il faut tâcher de traiter, par anticipation, lorsqu'elles existent, les lésions anatomiques qui prédisposent les tissus de la région aux ruptures : attendre le moment de l'accouchement pour les combattre, c'est les rendre inévitables. Ces régions sont-elles le siége de plaques muqueuses, on les combattra heureusement par un traitement antisyphilitique général et par des lotions avec une solution légère de sublimé. A-t-on affaire à une affection herpétique, les bains sulfureux et les lotions de sublimé seront encore très-efficaces; existe-t-il une vulvite, les bains de siége émollients et les lotions avec un corps gras rendront de la souplesse aux tissus; y a-t-il des végétations, on les détruira par des applications de poudre de sabine et de seigle ou autre styptique; s'il y a des indurations ou des fistules, il faut tâcher de les traiter avant l'arrivée du travail ou, tout au moins, les entretenir dans un état de souplesse par le moyen des émollients. Y a-t-il des tumeurs hémorroïdales ou des varices très-prononcées à la vulve, on engage la femme à rester longtemps couchée, à entretenir la liberté du ventre par le régime végétal et les lavements; enfin, on soumet la malade à l'usage de l'iodure de potassium. S'il y a des abcès ou des kystes, il faut les ouvrir d'assez bonne heure pour qu'ils soient guéris au moment du travail. La médecine est impuissante pour modérer

les dégénérescences cancéreuses ; mais, si l'on avait affaire à de pures indurations fibrineuses, résultat surtout de phlegmasies anciennes, les bains, les injections émollientes et les topiques gras, l'iodure de potassium à l'intérieur, pourraient rendre aux tissus quelque souplesse. Dans ce dernier cas, la prophylaxie doit avoir lieu surtout au moment du travail.

Ces complications du reste ne sont pas les seules qu'on puisse rencontrer, au moment de l'accouchement, dans les régions que nous étudions. Il peut se faire qu'un œdème considérable infiltre la vulve, et, dans ce cas, on prévient les ruptures en déplaçant la sérosité par une pression prolongée avec la main. Il faudrait l'ouvrir avec le bistouri, s'il s'agissait d'une poche considérable remplie d'un liquide quelconque ; mais les cas les plus embarrassants sont ceux où un vice de conformation, ou des dégénérescences et des cicatrices rétrécissent fortement les orifices anal ou vulvaire, et ôtent aux parties la souplesse nécessaire à leur distension : c'est pour ces cas seulement qu'il faut réserver les incisions vulvaires.

Ces incisions, que les anciennes matrones pratiquaient avec l'ongle ou avec des instruments tranchants, ont été pratiquées aussi par quelques accoucheurs des siècles derniers ; mais elles étaient tombées dans l'oubli lorsque MM. P. Dubois et Rilgen les ont remises en honneur. Le premier en fait une ou deux sur les parties postéro-latérales de la vulve, à la profondeur d'un centimètre environ. Le second [1] en fait cinq ou six de chaque côté, mais seulement à la profondeur de quelques millimètres. Quoi-

---

[1] *Revue Méd. étrang.* Paris, juillet, 1857.

que n'ayant jamais pratiqué cette opération, je la croyais autrefois plus souvent opportune qu'elle ne l'est en réalité. Les cas où ces incisions sont utiles, je les ai indiqués plus haut, ce sont ceux où il y a impossibilité absolue de voir les tissus se prêter à la distension Quant aux cas ordinaires, fût-ce même chez une primipare portant encore l'hymen plus ou moins intact, nous verrons que, par des manœuvres intelligentes, on peut préserver les parties de rupture sans avoir besoin de pratiquer ces incisions.

Deux complications qui rendent aussi les ruptures vulvaires presque inévitables sont la cystocèle et surtout la rectocèle. Dans ces cas il faut vider ces cavités par anticipation et, tout en ralentissant la marche de la tête, tâcher de refouler de bonne heure dans la cavité du petit bassin l'organe déplacé. Mais je laisse de côté les complications, et j'arrive à la manière de se préserver des ruptures vulvo-périnéales dans les cas ordinaires.

La meilleure position à donner à la femme pendant le travail de l'accouchement serait peut être de la coucher sur le côté, comme on le fait en Angleterre. Dans cette position, en effet, les pieds et les mains n'ayant pas de point d'appui, les efforts volontaires sont moins violents, mais l'usage à prévalu chez nous, et on laisse la femme couchée sur le dos. Les accouchements dans lesquels la femme se tient debout ou assise sont les plus mauvais quand on veut éviter les déchirures vulvaires.

L'habitude de soutenir le périnée avec la main est un procédé que quelques auteurs décrivent au long, que d'autres accusent, que d'autres enfin trouvent indifférent. Cette pratique ne peut avoir d'autre utilité que de résister à la tête lorsqu'elle avance trop brusquement; mais cela

n'est pas suffisant, et j'ai remplacé ce moyen prophylactique par des manœuvres qui m'ont rendu déjà d'immenses services. Je les ai décrites[1] dès 1856 sous le nom de *flexion* et d'*extension artificielles*.

Voici quelles sont les idées qui ont servi de base à ces manœuvres.

Les ruptures vulvo-périnéales arrivent au moment du passage des plus grands diamètres de la tête et des épaules de l'enfant ; aussi plus on diminuera ces diamètres, et plus on éloignera les ruptures. Or, la tête, pour offrir le moins de volume possible, doit se présenter à la vulve et la franchir dans la flexion forcée ; c'est-à-dire offrant les diamètres sous-occipito-bregmatique et sous occipito-frontal, qui sont de 9 centimètres environ, et ne pas offrir le diamètre occipito-frontal, qui est de 10 à 11, ou l'occipito-mentonnier qui est de 12 à 13. Lorsque ce résultat n'a pas lieu spontanément, je le produis moi-même en abaissant l'occiput, avec la pulpe des doigts, à mesure qu'il paraît sous l'arcade pubienne. C'est ce que j'appelle la *flexion artificielle*. Cette manœuvre est faite pendant la contraction utérine.

Le second principe qui sert de base à mes manœuvres est que la tête doit marcher très-lentement pour laisser aux parties le temps de se dilater. Les efforts volontaires de la femme, ajoutés à la contraction utérine, sont par leur violence la cause la plus fréquente des ruptures. Aussi faut-il les modérer ou les combattre.

Le troisième principe est que les efforts volontaires et la

---

[1] V. Thèse de M. Ernoul, Paris, 1856, *sur les Déchir. du périnée*, et surtout *Gaz. des Hôpit.*, 24 janv. 1857.

contraction utérine donnent une résultante qui pousse la tête contre le plancher périnéal et non contre l'orifice vulvaire; aussi faut-il, tout en maintenant la tête dans la flexion, lui faire suivre une courbe très-prononcée, qui est l'axe du bassin et de lavulve.

Je remplis ces deux dernières indications par ce que j'appelle l'*extension artificielle*, et voici comment je la pratique.

Je suis placé, je suppose, du côté droit de la femme. Dès que l'occiput a franchi l'arcade pubienne et que le périnée est fortement bombé, je passe la main gauche au-dessus de la cuisse droite de la femme, et j'appuie les quatre derniers doigts de cette main sur la tête de l'enfant, immédiatement au devant de la fourchette. Cette main est destinée à arrêter la tumeur céphalique toutes les fois qu'elle avancera trop vite; de plus, à mesure que cette tumeur s'avance, la main la relève de manière à la faire glisser immédiatement au-devant de la symphyse pubienne et à lui faire faire le plus de chemin possible sans se défléchir complétement. La main droite, au contraire, passe sous la cuisse de la femme et saisit à pleine main la tête coiffée du périnée distendu. Il est curieux de voir comment en ce moment on peut sentir les saillies du crâne et de la face à travers la surface périnéale. Cette main imprime à la tête des mouvements d'arrière en avant ou de latéralité, et par conséquent la fait avancer à volonté. C'est cette main surtout qui opère le mouvement de progression; et, pour que ce mouvement expose le moins possible aux ruptures, il doit être fait pendant l'absence des contractions utérines. Il m'est même arrivé de devoir maintenir la tête tout à fait im-

mobile et résister par conséquent à ces contractions.

Par l'application des deux mains, j'arrête donc la tête ou je la fais avancer à volonté. Les yeux fixés sur le périnée, je vois si les parties se prêtent à la dilatation, ou si elles menacent de se rompre ; dans le premier cas, je hâte la marche ; dans le second, je la ralentis. De cette manière, je fais sortir la tête avec tant d'aisance qu'on croirait la voir glisser par l'action d'une force aussi douce que continue.

Je puis dire que, de cette manière, même chez les primipares, on voit se terminer l'accouchement sans voir se déchirer le repli muqueux qui borde la fourchette, à plus forte raison le reste.

Lorsqu'on se sert du forceps, l'instrument peut, en retenant la tête, remplir les mêmes indications, mais beaucoup moins commodément. Le forceps produira souvent, au contraire, la rupture si, comme on le conseille dans tous les livres, on fait faire à la tête le mouvement d'extension avant que l'occiput et le diamètre sous-occipito-frontal aient complétement franchi la vulve.

2° La prophylaxie des ruptures du conduit utéro-vaginal variera suivant qu'il s'agira de lésions qu'on a pu connaître d'avance ou qu'on aura rencontrées seulement au moment du travail.

a. Les vices de conformation de ce canal se présentent ici tout d'abord. Ainsi, on a vu les brides, les coarctations et l'ouverture de ce conduit dans le rectum ou la vessie se terminer par des ruptures mortelles. Dans ces cas, précisément, une incision faite en temps opportun sur la région périnéale, ou le débridement des coarctations, auraient pu éviter ces ruptures.

Quant aux vices de conformation, tels que les utérus unicornes et les utérus doubles, qui sont de fortes prédispositions pour la rupture, l'intervention préventive, en terminant promptement le travail, peut seule conjurer l'accident que nous étudions. Il n'en est pas de même des oblitérations du col, quel que soit le point où elles se sont produites. Dans ces cas, si les contractions ne surmontent pas facilement l'obstacle, il vaut mieux pratiquer une ouverture cruciale sur le point correspondant à l'orifice oblitéré que de s'exposer à voir s'opérer une rupture dont on ne peut prévoir ni calculer les bornes.

b. Les lésions fonctionnelles du conduit utéro-vaginal et de ses annexes ont été accusées d'avoir provoqué des ruptures ou d'y avoir prédisposé. La contraction inégale des parois utérines serait de ce nombre, mais je conçois difficilement cette cause, à moins qu'il ne s'agisse d'affections rhumatismales de ce viscère, affections qu'il faut s'empresser de traiter lorsqu'elles existent. Les opiacés, les bains généraux, le sulfate de quinine et la saignée, permettent de combattre le rhumatisme et de ne pas avoir à craindre de ruptures au moment du travail. Un cas de rupture par lésion fonctionnelle fort curieux, et c'est le seul que je connaisse [1], est celui d'une femme paralytique, chez laquelle le travail a amené la rupture de l'utérus. On dirait que les parois abdominales en se contractant. outre leur action expultrice, garantissent cet organe des ruptures, et par conséquent, dans le cas de paralysie des parois abdominales, il faudrait intervenir assez promptement.

---

[1] *Journ. gén. de Méd. et de Chir.*

c. Les déplacements de l'utérus exigent une grande attention au point de vue qui nous occupe; ainsi la rétroversion, qui peut arriver dans le cours de la grossesse, après avoir produit tous les symptômes de l'étranglement, peut, avant la terminaison du travail de l'expulsion, occasionner la rupture du corps utérin, du vagin et même de la vessie, comme on peut en lire des exemples dans le mémoire de M. Elleaume [1]; aussi faut-il s'empresser dans ces cas d'opérer la réduction de l'organe. Cette réduction n'est pas moins indiquée dans la grossesse à terme lorsque le col est fortement dévié. Les contractions utérines et volontaires du travail, tout en opérant alors l'engagement de la tête, distendent le segment inférieur de l'utérus d'une manière si violente que la rupture peut s'ensuivre avant que le col soit complétement dilaté. La position de la femme, le redressement du corps utérin par des manœuvres externes et la traction qu'on fait en accrochant le col, ramènent bientôt cette partie vers l'axe du bassin et permettent ainsi d'éviter la rupture.

d. Les lésions anatomiques du canal utéro-vaginal sont de toutes les causes prédisposantes les plus dangereuses. L'excessive distension de l'utérus par les grossesses multiples ou l'hydramnios, demande une intervention attentive au moment de l'accouchement. Les métrites, surtout lorsqu'elles sont anciennes et qu'elles font craindre le ramollissement ou l'ulcération des parois, exigent une intervention encore plus active. On ne pourrait pas rester inactif devant les efforts utérins d'un travail pénible, s'il s'agissait d'une femme qui a préalablement subi une opé-

---

[1] *De la rétroversion utérine*, etc. Paris, 1860.

ration césarienne, qui porte une dilatation partielle de l'utérus, ou chez laquelle l'organe a contracté des adhérences ; et ici, Crantz, Duparque et autres, ont conseillé de soutenir la partie faible de l'organe ; mais ce soutien doit être fait avec ménagement, et la main serait peut-être préférable aux bandages. On ne peut pas rester inactif non plus lorsque les parois du conduit utéro-vaginal sont le siége de polypes, de corps fibreux ou de dégénérescences carcinomateuses. L'ablation partielle ou totale de ces tumeurs, avant et surtout au moment du travail, toutes les fois qu'elles sont accessibles par la cavité vaginale, des incisions multiples sur les parties saines pour qu'elles remplacent encore mieux les tissus qui ne peuvent pas supporter la distension sans se rompre, tous ces moyens peuvent éviter des ruptures très-étendues de ces organes. Le traitement serait plus simple encore s'il s'agissait de kystes ou autres tumeurs liquides pour lesquelles une simple ponction peut conjurer l'accident.

Les lésions anatomiques du col utérin méritent une attention plus spéciale, soit parce qu'elles sont le point de départ le plus fréquent des ruptures du canal utéro-vaginal, soit parce que nous pouvons les atteindre avec les instruments ; et c'est ici encore plus qu'ailleurs qu'on doit recourir aux débridements multiples.

e. Ce que je viens de dire des lésions anatomiques du canal vulvo-utérin, je pourrai le dire des organes qui entourent le canal ou qui occupent d'autres points de la cavité abdominale. Il est à peine besoin d'indiquer la déplétion indispensable de la vessie et du rectum. Il est des cas malheureusement irrémédiables, où des kystes, des tumeurs fibreuses, des épanchements, des engorge-

ments viscéraux gênent l'utérus dans son développement, ou peuvent au moment du travail le comprimer au point de favoriser sa rupture, tout comme l'utérus peut à son tour produire la rupture de ces organes. L'accouchement prématuré peut être indiqué ici; dans tous les cas, une intervention préventive au moment du travail pourra éviter ces déchirures.

f. Les vices de conformation du bassin ou autres causes mécaniques, qui rendent le passage du fœtus difficile ou impossible, sont une des causes les plus fréquentes de ruptures, et quand on les connaît d'avance, on ne saurait agir trop sagement par l'accouchement prématuré ou par une intervention assez prompte au moment du travail.

g. Le fœtus, à son tour, par ses mauvaises présentations ou par ses maladies, peut offrir des obstacles mécaniques de la plus grande difficulté, et qui seront aussi cause de ruptures. C'est ici précisément que trouvent des applications heureuses les manœuvres que j'emploie pour ramener à la présentation du sommet de la tête celles de l'extrémité pelvienne, de la face et du tronc. Je fais ces opérations pendant les derniers temps de la grossesse ou au moment du travail, réalisant ainsi le principe qu'avait si sagement donné le père de la médecine. Ces manœuvres, je les ai décrites dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique.* Je les ai même perfectionnées depuis cette époque; mais il serait trop long de les rapporter ici.

En aplanissant tous les obstacles mécaniques qui arrêtent le fœtus ou rendent son passage difficile, on soulage les efforts volontaires que devrait faire la femme au moment de l'accouchement; or, nous avons vu que c'est exclusivement par l'excès de ces efforts que se font les rup-

tures qui s'opèrent dans les parois abdominales, ainsi que dans les cavités thoracique et céphalo-rachidienne. C'est par l'action simultanée des efforts volontaires et des contractions utérines que s'opèrent surtout les ruptures du canal utéro-vaginal et de ses annexes, ainsi que les ruptures de tumeurs accidentelles de l'abdomen ; aussi, en aplanissant les obstacles mécaniques, conjure-t-on ces ruptures. Le chloroforme peut également rendre des services pour modérer les efforts volontaires. Si cette prophylaxie était insuffisante, on interviendrait par une application de forceps ou par la version

h. Il serait déplacé de discuter ici sur quelles bases on doit fixer l'époque de l'intervention par les moyens que je viens d'indiquer ; mais, après de nombreuses recherches cliniques et bibliographiques, j'ai été amené à conclure que dans les cas même où il n'y a aucune complication apparente, si, trois ou quatre heures après la rupture des membranes, les contractions bien suivies de l'utérus n'ont pu achever le travail, c'est qu'il y a des obstacles assez sérieux pour qu'on doive appliquer le forceps. A cette période, on est sûr qu'à moins de lésions anatomiques très-graves, les efforts naturels n'auront jamais produit de ruptures ni d'autres accidents de ce genre. La preuve en est que, dans douze ans de pratique obstétricale, je ne les ai jamais rencontrés, tandis que ceux qui suivent la méthode expectante, qui considèrent un travail de vingt-quatre heures comme normal, ceux-là ont eu plus d'une fois de ces accidents.

C'est à ces moyens qu'il faut donc avoir recours, et non au seigle ni à ses succédanés, dans les cas de longueur du travail, si on ne veut pas s'exposer à voir arriver des ruptures.

Quant au *modus faciendi* des opérations obstétricales par lesquelles on est exposé à produire des ruptures, je ne pourrais m'y arrêter sans entrer dans de longs détails. Je dirai seulement ici ce que j'ai déjà fait pressentir ailleurs : c'est que l'on a souvent accusé les opérations et les opérateurs d'avoir produit ces accidents, tandis qu'il fallait en accuser plutôt la lésion antérieure des organes ou les obstacles que les efforts naturels ont dû surmonter pour opérer l'accouchement; c'est-à-dire que si, par une intervention plus prompte, on avait aplani ces obstacles, la rupture ne se serait pas opérée. Maintenant, si un instrument obstétrical, comme une infinité de très-bonnes choses, est manié sans intelligence, il peut être nuisible au lieu d'être utile. Ici le traitement prophylactique ne touche ni les malades ni les instruments; il doit porter uniquement sur le médecin, en l'engageant à mieux faire une autre fois.

C. Le traitement prophylactique des ruptures qui s'opèrent chez le fœtus est à peu près le même que celui des ruptures qui s'opèrent chez la mère. Nous avons vu les mêmes causes, du reste, produire à peu près les mêmes effets chez l'un et chez l'autre; aussi, je ne m'y arrêterai pas longtemps.

Ce n'est pas sur les mouvements du cœur, comme je l'ai dit, qu'il faut se baser pour intervenir. Les trois ou quatre heures d'attente auxquelles je me suis arrêté pour la mère sont aussi ce qu'il faut pour l'enfant, toutes les fois qu'il n'y a aucune complication. S'il y avait, au contraire, des complications, et surtout l'arrachement du cordon, l'extraction devrait être immédiate. Quant à la prophylaxie de cette rupture, elle est facile à éviter, lorsque le siége pa-

raît le premier, et que le cordon finit par être tiraillé quelquefois au point de se rompre. Dans ces cas, il faut dégager la tige vasculaire pour en faire une anse, si c'est possible, ou la couper et extraire aussitôt l'enfant. Mais, lorsque le cordon a une brièveté absolue ou relative, et qui n'est pas appréciable à l'extérieur, dans ce cas, la difficulté du diagnostic rend aussi difficile le traitement; du reste, la version ou le forceps seront encore les moyens auxquels il faudra avoir recours.

Décrire ici comment on doit redresser un membre pour ne pas le fracturer, ce serait sortir de mon cadre; mais je ne puis m'empêcher de signaler le moyen d'éviter la fracture de la deuxième vertèbre cervicale, cette lésion si meurtrière dans la version pelvienne.

Pour éviter cette rupture, il ne faut jamais faire de traction ni de rotation sur le tronc de l'enfant, lorsque la tête seule reste dans le bassin. Si les bras ne sont pas sortis, on en fait l'extraction méthodique, puis on glisse la main le long du dos de l'enfant, jusqu'à ce qu'elle dépasse le sinciput. On saisit ainsi la tête à pleine main, et, après lui avoir fait faire les mouvements de flexion et de rotation, s'ils sont nécessaires, on l'extrait doucement en la poussant d'arrière en avant. L'autre main de l'opérateur soutient l'enfant à l'extérieur, mais elle n'exerce aucune traction.

Quant au forceps, que j'ai tâché de perfectionner en lui donnant des branches courtes, fixes et un manche transversal, ce qui le rend infiniment plus commode pour l'opérateur, pour la femme et pour l'enfant, cet instrument, comme je l'ai dit, ne produira jamais de rupture, s'il est manié avec intelligence. Je me contenterai de faire ici

une recommandation : c'est de ne jamais tirer avec violence ni pendant longtemps. Les tractions, pour la durée et l'intermittence, doivent exactement suivre les contractions utérines, dont elles sont l'auxiliaire, et après chaque traction on doit relâcher l'instrument. Inutile de dire qu'elles doivent être toujours faites dans l'axe du point du bassin où se trouve la tête, et accompagnées des rotations que réclame la position à laquelle on a affaire.

Traitement curatif.

Le traitement curatif des ruptures, qui semblerait devoir être aussi multiplié que leur nombre, devra être, au contraire, plus restreint ; car je ne puis guère, sans sortir de l'obstétrique, traiter des ruptures qui se font dans le thorax et la cavité céphalo-rachidienne. Ces accidents sont du domaine de la pathologie interne.

Des ruptures même qui ont pour siége la cavité abdominale, les unes réclament des soins immédiats : ce sont celles-là qui doivent rester dans le domaine obstétrical ; d'autres laissent des maladies chroniques ou des infirmités et rentrent plutôt dans la chirurgie proprement dite.

Ceci une fois établi, je diviserai le traitement curatif des ruptures en cinq parties :

1° Traitement des ruptures vulvo-périnéales ;

2° Traitement des ruptures du canal utéro-vaginal ;

3° Traitement de l'hémorragie de toutes les ruptures abdominales en général et de quelques-unes en particulier ;

4° Traitement des phénomènes réactionnels qui suivent les ruptures abdominales ;

5° Traitement des ruptures chez le fœtus.

A. Le traitement curatif des ruptures vulvo-périnéales a partagé les médecins, et la raison en est toute simple; c'est que la nature toute seule en a opéré plusieurs fois la guérison, même dans la division complète du périnée, à moins que le sphincter n'ait été divisé ; en effet, je ne connais pas de guérison spontanée de ce dernier genre.

Le mode suivant lequel la guérison a lieu est digne de remarque, car il a précisément servi de base à autant de méthodes de traitement.

Lorsque la rupture n'a atteint que le repli muqueux et la peau de la fourchette, la cicatrisation de la plaie va d'arrière en avant, et finit par combler presque entièrement la brèche qui s'était produite tout d'abord. Cette méthode naturelle a été imitée par l'art.

Dans ces cas, la réunion spontanée par première intention n'a presque jamais lieu. L'écoulement des lochies et des urines, les mouvements de la femme l'empêchent.

Lorsque la division a porté aussi sur le plancher musculo-fibreux du périnée, alors l'effet immédiat est l'écartement des surfaces profondes de la plaie, écartement dont on n'a pas assez tenu compte dans quelques méthodes de traitement, comme nous allons le voir.

La guérison spontanée peut cependant se faire encore ici ; mais elle a lieu d'une manière toute différente du cas précédent. La réunion ne va guère du fond de la plaie à son extrémité antérieure. Les surfaces profondes, comme je l'ai fait remarquer, sont trop distantes pour venir au contact ; aussi, si la partie antérieure de la plaie ne se

réunit pas, la division du périnée sera permanente, chaque bord se cicatrisera séparément. Ces cas constituent la règle, et si ceux qui ont adopté le procédé consistant à provoquer la réunion de ces ruptures par la cautérisation pure et simple du fond de la plaie, y avaient réfléchi, ils n'auraient même pas tenté ce procédé.

Mais la guérison spontanée peut avoir lieu même dans des cas semblables, voici comment : la réunion s'opère tout d'abord sur l'angle antérieur de la plaie, là où la peau et le tissu cellulaire sont assez mobiles pour venir au contact, et cette réunion peut avoir lieu par première intention.

On remarque alors une sorte de pont jeté d'une surface à l'autre de la plaie, et c'est de ce pont que la réunion primitive ou secondaire va à la fois d'avant en arrière et d'arrière en avant.

Une fois le pont cicatriciel jeté, ce cas ressemble à ceux où le périnée a été traversé par le fœtus et qui, comme je l'ai dit, se guérissent assez facilement par les seuls efforts de la nature. Un trajet fistuleux peut occuper l'angle postérieur de la plaie, surtout si le sphincter anal a été entamé; mais la nature, aidée surtout de l'art, peut venir à bout de cette fistule.

Ces guérisons spontanées par réunion immédiate ou secondaire ont été constatées par plusieurs médecins ; on en trouvera des observations dans Bonet [1], Trinchinetti [2], Duparque [3] ; j'en ai observé moi-même un exemple dans lequel le pont dont j'ai parlé existait dès le second jour,

---

[1] *Collect,*, t, III, obs. par Chymoeus. — [2] *Osservasioni Milano,* 1816. — [3] *Rupt. matr.*, p. 421.

c'est-à-dire qu'il s'était formé par réunion immédiate.

Je pourrais multiplier les exemples, mais il me suffit de faire voir qu'ils ont été constatés à toutes les époques ; et ce sont ces exemples qui ont porté Mauriceau, Peu, Puzos, Delcurye, Ait-Ken D'outrepont, M. Velpeau et tant d'autres, à ne pas désespérer de la guérison spontanée des déchirures du périnée, si grandes qu'elles soient. Ces faits ont introduit précisément dans la science une première méthode de traitement : c'est l'expectation ou l'intervention sans opération.

Mais ces cas sont de rares exceptions, et si rares, que Roux, celui qui s'est le plus occupé des réparations secondaires de ces lésions, les a niés. Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu voulait que cette réunion ne fût même pas possible après la suture immédiate. Quelques exemples de sa pratique ou tirés de la pratique d'autres médecins lui en ont donné le prétexte.

Les opinions ont bien changé depuis, et l'expectation constitue une des méthodes de traitement des déchirures périnéales dont nous allons nous occuper.

1° On pourra espérer la guérison spontanée, lorsque l'état général de la femme est très-bon, qu'elle est chargée d'un certain embonpoint, et en ville plus encore que dans les hôpitaux. Dans ces cas, on l'engage à rester le plus immobile possible, de manière à ne pas écarter ni agiter les jambes. Les anciens avaient même l'habitude d'attacher les membres inférieurs l'un contre l'autre, ce qui est gênant pour la femme. Il suffit que ces membres restent toujours dans l'extension, et la saillie interne des cuisses, conjointement avec le gonflement des bords de la rupture, suffit à maintenir les surfaces en rapport.

Si dans le cours des premiers jours la réunion n'a pas eu lieu, alors on pourra faire la suture, comme nous le dirons plus loin.

Cette pratique ne doit pas être suivie, toutes les fois que la femme est dans des conditions générales ou locales qui ne laissent pas espérer cette réunion, ou la rendent douteuse. Elle ne doit pas être suivie, surtout dans les hôpitaux, et ceci nous conduit à un autre mode de traitement, la réunion immédiate.

2° Si la nature à elle seule a pu effectuer la réunion immédiate, au moins sur une grande partie de la plaie, comment ne le ferait-elle pas mieux si on favorise les conditions locales de cette réunion par une opération? Aussi cette pratique a-t-elle eu du succès entre les mains de plusieurs opérateurs. Dans un cas de ce genre j'ai eu moi-même à pratiquer trois points de suture qui ont été suivis de la réunion immédiate la plus complète. Il ne s'agit plus que du choix à faire entre les moyens de réunion. La suture et les serres-fines sont en présence. Arrêtons-nous sur chacun de ces moyens : le sujet en vaut la peine.

a. C'est à la suture que sont dûs tous les succès que rapportent les auteurs des dix-septième, dix-huitième et d'une partie du dix-neuvième siècles; la suture entortillée pratiquée par Guillemeau. Noël, Saucerotte, A. Dubois; la suture à points passés par A. Paré, Mauriceau, Lamotte, Smellie, Dupuytren; enfin la suture enchevillée, par Roux. Mais ici il ne faut pas confondre : ces sutures ont été appliquées dans trois cas différents : 1° immédiatement après la rupture, et alors on a obtenu la réunion immédiate; 2° pendant la suppuration des surfaces,

comme je le dirai plus loin, et alors on a obtenu la réunion secondaire; 3° longtemps après la rupture et après l'avivement des bords de la plaie.

Je n'ai pas à m'occuper de ce dernier cas qui est, à proprement parler, du domaine de la chirurgie; je m'arrêterai assez longuement au second dans un instant. Ici il s'agit de savoir si l'on doit appliquer la suture immédiate après la rupture, et quelle est la suture qui doit être préférée.

Dieffembach, A. Bérard et Philippe Boyer n'ont pas craint de conseiller la suture immédiate dans tous les cas[1].

Je suis aussi d'avis que, dans les cas où la rupture est assez profonde, quand elle a atteint tout le plancher périnéal, et à plus forte raison le sphincter anal, lorsque l'on a affaire surtout à des sujets cachectiques ou maigres, il ne faut pas hésiter, la suture doit être pratiquée immédiatement.

La suture immédiate est d'autant plus efficace que les parties relâchées permettent de placer les points aussi commodément et aussi profondément que l'on veut. Une autre raison qui m'engage à parler ainsi, et qui m'a frappé dans le cas que j'ai opéré, est l'insensibilité, ou plutôt l'engourdissement dans lequel sont les tissus que traverse l'aiguille. Aussi, si les assistants n'étaient pas témoins de l'opération, on pourrait la faire sans que la femme se doutât qu'on lui pratique une suture. Un autre avantage qu'offre la suture immédiate est la laxité des tissus et la facilité avec laquelle on les met en rapport.

Ces avantages sont perdus en tout ou en partie, si l'on

---

[1] Dictionn. en 30 vol., art. périnée.

diffère l'opération aux jours suivants, ce qui doit être l'exception. La règle est la suture immédiate.

Maintenant faut-il choisir telle espèce de suture plutôt que telle autre? J'exclus tout de suite la suture enchevillée, de Roux, comme les incisions latérales de Dieffembach, qui sont faites pour le cas où la maladie est ancienne. La suture entortillée est gênante, parce que la femme ne peut pas étendre les cuisses sans que les aiguilles la piquent plus ou moins, si courtes qu'elles soient, et sans que la plaie ne soit tiraillée. La suture à surjet ne va pas assez profondément. Reste donc la suture à points coupés, que je préfère à toutes les autres. Elle est passée de dedans en dehors avec une aiguille à chaque chef du fil, et l'on doit embrasser le plus de chairs possible. Après avoir fait le nœud, on laisse un des chefs long de quelques centimètres, pour le trouver promptement, et le saisir quand il sera question de couper le nœud dans le sillon inter-fessier, sans avoir besoin de tirailler la plaie par l'écartement de ses bords.

J'arrive aux serres-fines qui sont aujourd'hui un moyen assez généralement employé.

b. Déjà Montain avait employé une agrafe garnie de pointes, au moyen de laquelle il espérait maintenir les surfaces de la plaie en rapport; mais ce moyen était abandonné lorsque les serres-fines de Vidal sont venues trouver dans les ruptures périnéales une heureuse application.

Ce moyen, employé avec succès à la Maternité par M. Danyau [1], a été appliqué aussi à la Clinique, par M. P.

---

[1] *Bullet. Sociét. Chirurg.*, t. II, p. 432.

Dubois ; mais si la guérison a été observée quelquefois, elle n'a pas constitué la règle dans ce dernier établissement, et, le 16 mars, 1858, j'entendais dire au chef de clinique, M. Charrier, que sur neuf femmes traitées par ce moyen, dans le cours de l'année, une seule avait guéri. Les médecins que je viens de citer, ainsi que d'autres, conviennent cependant, que ce moyen réussit plus souvent en ville que dans la pratique nosocomiale, ce qui doit le faire préférer quelquefois.

Je vais tâcher de m'expliquer sur ces cas, car je me suis déjà prononcé pour ceux où la suture ne peut pas être remplacée.

Les cas où les serres-fines me paraissent préférables, sont ceux où la femme est assez bien portante et a de l'embonpoint ; c'est à dire que les serres-fines seront alors préférables à l'expectation pure et simple. Ces cas sont aussi ceux où la déchirure n'est pas profonde

Je comprends bien que si les serres-fines obtiennent la réunion de l'angle antérieur de la plaie, elles ont déjà rendu un immense service. Le reste arrivera plus tard par les seules forces de la nature, par la cautérisation ou par l'autoplastie; mais quelle différence entre la suture immédiate qui, dans huit à dix jours, met la femme à l'abri d'une infirmité et les serres-fines qui peuvent laisser derrière elles une plaie fistuleuse, même quand elles réussissent !

La manière d'appliquer les serres-fines est encore une condition de succès ; ainsi elles doivent être assez fortes pour embrasser le plus de chairs possible et assez multipliées pour que les bords adhèrent dans toute leur étendue. Comme le pincement des chairs ne tarde pas à leur

faire perdre de la vitalité, il faut, toutes les vingt-quatre heures, changer les instruments de place, sans cela on voit le pli qu'ils embrassent se mortifier. Cet examen de tous les jours et les mouvements qu'il nécessite sont encore un motif qui dépose contre ce moyen, et qui fait que, dans bien des cas, je leur préférerais la suture. On pourrait éviter ces mouvements en faisant rester la femme toujours couchée sur le côté, et en la pansant dans cette position ; mais chose à laquelle on n'a pas pensé, là où l'on suit cette pratique, c'est que la flexion des cuisses est la position la mieux faite pour dilater le périnée et pour tirailler la plaie.

Heureusement pour les serres-fines, les cas où elles échouent ne sont pas encore désespérés pour la suture, et ceci me conduit à la réunion médiate des ruptures vulvo-périnéales.

3° Si les chirurgiens s'étaient avisés de la cicatrisation des plaies par seconde intention, qui, en définitive, est une réunion par l'organisation de la lymphe plastique, comme l'est la guérison par première intention ; s'ils s'étaient avisés de cette guérison, dis-je, ils auraient appris de meilleure heure à rapprocher les surfaces suppurantes par des sutures, presque comme s'il s'agissait de surfaces saignantes. La réunion par seconde intention des ruptures du périnée en est une preuve. Delamotte [1], en faisant la suture du périnée quatre jours après l'accouchement, a opéré une réunion secondaire (1702). Duparque [2] ne la conseille que « quand l'inflammation traumatique et le gonflement des parties ont disparu. » J'ai lu,

---

[1] *Traité d'acc.* Paris, 1721, p. 197. — [2] *Trait. Rupt. matr.* Paris, 1839, p. 426.

dans les annales d'Omodei[1], que la pratique de réunir les déchirures du périnée huit jours après l'accouchement, était suivie par quelques médecins de l'Italie; mais c'est à M. Nélaton que nous devons de l'avoir érigée en principe[2].

Ce précepte met à l'aise ceux qui sont pour l'expectation, et j'ai dit quels sont les cas où on peut la suivre; j'ai dit aussi quels sont ceux qui doivent être traités par les serres-fines. Si aucun de ces moyens n'a réussi, et qu'au bout de six à huit jours la réunion n'ait pas eu lieu, on pratiquera la suture, et la réunion pourra être ainsi obtenue par seconde intention.

Je n'ai ici qu'une observation à faire : c'est que le médecin, dans beaucoup de cas, pourra dire d'avance que, ni la réunion spontanée, ni les serres-fines, n'opéreront la guérison de la rupture. Ce sont surtout ceux où la femme est maigre ou cachectique, dans les hôpitaux plus souvent qu'en ville, ceux surtout où la rupture a divisé le plancher musculo-fibreux, et, à plus forte raison, le sphincter anal. Si je devais opter alors entre la réunion immédiate et la réunion secondaire, j'avoue que je serais pour la première plutôt que pour la seconde; j'en ai donné plus loin les motifs. Je suis loin, cependant, de formuler ici une opinion absolue, qui a besoin du temps pour être définitivement jugée.

Si mes espérances ne sont pas déçues, entre le traitement prophylactique, sur lequel j'ai insisté plus loin, et le traitement curatif, sur lequel je viens de m'étendre,

---

[1] *Annal. univers.*, t. LXXIII, p. 488. — [2] V. Thèse de M. Thariel, Paris, 1854.

je crois pouvoir dire que les ruptures du périnée dorénavant pourront être conjurées ou guéries par les accoucheurs, sans que les femmes, après avoir vécu plus ou moins longtemps avec une infirmité dégoûtante, aillent demander un remède aux ressources de la chirurgie. De combien ceci nous sépare de Mauriceau qui, ayant été consulté par deux femmes atteintes de déchirure du périnée, leur répondit que « la partie étant faite pour avoir des enfants et non pour en faire du luxe, elles risqueraient d'être encore déchirées aux autres accouchements, si on les cousait [1]. »

B. Les ruptures du canal utéro-vaginal, dont nous allons nous occuper, offrent le plus grand intérêt au point de vue du traitement; aussi elles ont appelé de bonne heure l'attention des médecins. Si la nature, comme nous l'avons vu, peut, par ses seules forces, obtenir la guérison de ces ruptures, elle le fait si rarement qu'il serait imprudent d'y compter; bien plus, c'est que la nature et l'art réunis ont rarement assez de force pour résister aux accidents primitifs ou secondaires.

Avant d'aller plus loin, je dois m'arrêter à une rupture dont on fait trop bon marché. C'est la déchirure pure et simple du bord libre du col. A propos du traitement préventif, j'ai eu soin d'inculquer le précepte de mettre artificiellement l'orifice utérin dans l'axe du bassin, lorsqu'il n'y était pas dès le début du travail; et, si les ruptures légères du museau de tanche sont inévitables chez les primipares, par ce moyen on en évite au moins de plus grandes chez les multipares.

---

[1] *Observ., fem. gross. et accouch.* Paris, 1715, p. 465; obs. 562.

Si, malgré cela, elles ont lieu, il ne faut pas les négliger après les relevailles; car, sans cela, on aura des inflammations du col, des ulcérations et souvent même des maladies utérines plus graves ou plus longues. Il faudrait donc examiner, au toucher et au spéculum, toute femme qui, vingt jours ou plus après l'accouchement, ressent encore des élancements ou de la pesanteur dans le bas-ventre, dont les lochies sont trop abondantes pour l'époque et surtout sanguinolentes; jusque-là le repos, les injections émollientes suffisent. Si, par l'exploration, on constate que les ruptures sont encore ulcérées ou saignantes, des injections astringentes, avec la décoction de feuilles de noyer, de légères cautérisations avec une solution de nitrate d'argent, et enfin l'iodure de potassium, qui est le remède par excellence pour décongestionner l'utérus, suffiront, ordinairement, à procurer la guérison.

Autant le traitement dont je viens de parler est facile, autant celui des ruptures du conduit utéro-vaginal est difficile. Lorsque la lésion, tout en étant plus étendue, ne l'est pas assez cependant pour produire les signes des ruptures complètes, le médecin prudent pourra craindre qu'une femme, portant une des causes prédisposantes graves dont nous avons parlé, celle qui a eu un travail long et pénible, celle chez qui l'on a dû faire des opérations graves, le médecin prudent, dis-je, pourra craindre que, chez ces femmes-là, il n'existe des ruptures incomplètes dont le danger peut être mortel d'un moment à l'autre. Aussi, il ne faut pas que ces femmes se lèvent aussi promptement que les autres; on devra surveiller beaucoup plus le régime; et, enfin, si les accidents de rupture secondaire éclatent, il faut être prêt à les combattre.

J'arrive aux ruptures complètes, et ici je n'ai qu'à résumer ce qui est écrit dans les ouvrages. M. Dubois a divisé le traitement de ces ruptures en trois sections bien distinctes, selon : 1° que l'œuf est encore tout entier dans l'utérus ; 2° qu'il est passé en partie par la rupture dans la cavité péritonéale ; 3° que le fœtus est passé tout entier dans cette cavité.

On suppose dans ces trois cas que le col est dilaté ou dilatable, de manière à pouvoir être franchi par la main qui porte le diagnostic et qui opère l'extraction ; mais il peut se faire aussi que le col soit oblitéré d'une manière complète ou qu'il soit tellement altéré dans sa texture qu'il ne puisse pas se dilater. Il peut se faire aussi que le détroit supérieur soit tellement rétréci que la main et à plus forte raison le fœtus ne puissent le franchir.

Lorsqu'une rupture a lieu dans ces conditions, alors deux cas peuvent se présenter : 1° l'enfant est viable, et l'ouverture ou le débridement du col doit être pratiqué si l'enfant peut passer à travers le bassin, sinon il faut pratiquer la gastrotomie ; 2° si l'enfant n'est pas viable ou qu'il soit mort, on doit encore pratiquer l'ouverture et le débridement du col ; au besoin, faire l'embryotomie. Si le rétrécissement était tel qu'il ne pût pas permettre cette dernière opération, devrait-on faire l'opération césarienne et ouvrir la paroi abdominale chez une femme qui a déjà une rupture utéro-vaginale, sans pouvoir avec cela sauver l'enfant? Je ne le crois pas, dans les grandes villes surtout, où l'opération césarienne ne réussit presque jamais. Dans ces cas, par conséquent, je préférerais abandonner la femme aux efforts de la nature, et je me contenterais de combattre les accidents. Je le ferais d'autant

plus volontiers que le diagnostic alors est resté obscur, car nous sommes convenus que la main n'a pu passer dans l'utérus.

J'arrive maintenant à la division classique de M. Dubois.

1° Lorsque avec une rupture de l'utérus, l'œuf est encore tout entier dans la cavité de ce viscère, la première indication est d'éloigner la cause prédisposante ou occasionnelle de la rupture, car si elle persiste, il n'y a pas de raison pour que la rupture ne s'agrandisse pas et que l'œuf ne passe dans le péritoine. L'opération même qu'on va faire pour l'extraire pourrait augmenter ces complications. Ainsi, repos absolu du physique et du moral, et si j'étais dans un cas pareil, je donnerais de l'opium pour tâcher de neutraliser les contractions utérines, de même que j'emploierais le chloroforme pour neutraliser les contractions volontaires. Cela fait, il s'agit d'extraire le fœtus le plus promptement possible; un aide soutient le fond de l'utérus avec ses mains, il faut aller saisir l'enfant avec le forceps si c'est la tête qu'il présente; les pieds si c'est le siége; mais que faire si c'est la face ou l'épaule? Ici, si nous en croyons les principes classiques, c'est encore aux pieds qu'il faudrait aller; mais dans ces cas, on ne doit pas oublier que la version exige le retournement ou évolution de l'enfant, et cette manœuvre peut agrandir la rupture. Dans ce cas l'introduction de la main doit juger si la tête est assez rapprochée du détroit pour y être conduite sans efforts, surtout en s'aidant de manœuvres externes; si la chose était possible, c'est à la version céphalique que je donnerais la préférence, sauf à faire une application de forceps après cette version. Je n'ai pas besoin de dire que, dans l'un comme dans l'autre cas, on doit s'assurer du siege

de la rupture pour ne pas la violenter dans la manœuvre. Le délivre doit être extrait immédiatement après le fœtus.

Une complication peut arriver : c'est l'engagement d'une anse intestinale dans la rupture ; alors, après avoir réduit, il faut maintenir la main dans l'utérus jusqu'à ce qu'une contraction ait fermé l'issue qui a livré passage à l'intestin.

2° Lorsque le produit est passé en partie dans la cavité péritonéale, on n'aura pas grand mal à le retirer s'il s'agit d'un membre de l'enfant ou d'une partie du délivre ; mais si la tête et les bras du fœtus, je suppose, ont pénétré dans la cavité péritonéale, alors il sera difficile de retirer l'enfant par les tractions sur les pieds. La chose sera d'autant plus difficile que l'utérus, en se contractant, peut se resserrer sur le tronc. Dans ce cas, on attendra un moment de relâchement de l'utérus pour mieux franchir l'obstacle, et l'on ira chercher un bras après l'autre, comme on le fait pour la version lorsqu'il y a déflexion des membres supérieurs. Enfin, on suivra la région occipitale avec la main jusqu'à ce qu'on puisse l'appliquer sur le sinciput, et l'on poussera la tête de dehors en dedans. Ces préceptes, que je conseille par induction, me paraissent plus sages que de se livrer à des tractions avant d'avoir dégagé les bras et la tête. Si par la contraction des bords de la rupture, ou si par elle-même cette ouverture était assez resserrée pour rendre ces manœuvres impossibles, on pourrait pratiquer de petits débridements.

3° Lorsque le fœtus tout entier a passé dans la cavité péritonéale, il ne faut pas désespérer encore de le ramener par les voies naturelles. La main a pu aller le chercher bien loin sans que pour cela les femmes aient succombé.

Les auteurs rapportent à ce sujet des cas très-remarquables; aussi faut-il tenter ce moyen, et encore ici c'est la tête ou les pieds qu'il faut saisir. Ce serait une grande maladresse que d'opérer des tractions sur les bras ou sur le tronc. Des manœuvres externes, surtout si la femme est sous l'action du chloroforme, me paraissent devoir concourir au résultat, et encore ici le débridement pourrait être essayé, si l'obstacle à surmonter était peu de chose. Il faudrait y renoncer si l'obstacle était considérable; mais que faire alors ?

Si l'enfant était vivant, nul doute, c'est à la gastrotomie qu'il faudrait recourir, et immédiatement, car, comme je l'ai dit, le fœtus meurt au bout de peu de temps, dès qu'il quitte la cavité amniotique. Le cas serait embarrassant s'il était mort.

Les auteurs rapportent bien des observations où la femme a survécu après une pareille opération, et on pourra la tenter à la campagne; mais ici, comme tantôt, je crois que, s'il s'agissait d'une femme de Paris ou de toute autre grande ville, les chances de mort augmenteraient plutôt qu'elles ne diminueraient par l'opération césarienne. Dans ces cas, je crois qu'il vaudrait autant attendre et combattre les accidents. Si les forces de la nature surmontent les premiers obstacles, le fœtus pourra se frayer un chemin ou se momifier, comme il le fait souvent dans les grossesses extra-utérines. Si j'avais affaire à un cas semblable, je me contenterais donc d'extraire de la cavité utérine le délivre s'il y était encore. Je couperais le cordon aussi près que possible de l'enfant pour réduire le reste dans le péritoine, et je donnerais du seigle

à la femme pour forcer l'utérus à revenir promptement sur lui-même.

Les avantages que je retire de l'administration de l'ergot de seigle, même après l'accouchement le plus naturel, me font croire que ce moyen serait d'une utilité considérable après l'opération césarienne, et après les ruptures utérines.

C. L'hémorragie, comme nous l'avons vu à plusieurs reprises, est l'accident le plus immédiat et le plus redoutable des ruptures du canal utéro-vaginal, comme de toute autre rupture un peu considérable, et son traitement exige la plus prompte intervention.

Je ne m'arrêterai pas à décrire ici en détail un traitement qui se trouve dans tous les livres où il est question des hémorragies dites *internes* de l'accouchement ; je me contenterai seulement de poser les indications qu'il faut remplir pour les bien traiter.

1° Il faut agir contre la cause qui a produit directement ou indirectement la rupture, si c'est possible ;

2° Opérer l'extraction du produit, et nous venons de voir comment il faut s'y prendre ;

3° Ralentir autant que possible le mouvement circulatoire par les sédatifs, tels que la digitale, le seigle ;

4° Entretenir le sang vers la périphérie et l'éloigner de l'abdomen par la compression légère du ventre, la position horizontale, la ligature ou les dérivatifs sur les membres, et surtout par la compression de l'aorte ventrale ;

5° Très-rarement faire des saignées, mais plutôt employer la transfusion ;

6° S'aider des réfrigérants locaux et généraux, externes et internes.

Il y a des hémorragies qui sont la suite de rupture de vaisseaux isolés, et qui, comme nous l'avons vu, prennent une physionomie toute spéciale ; je veux parler des thrombus de la vulve et du vagin. Ces collections sanguines exigent un traitement à part.

Si la tumeur apparaît au début ou pendant l'accouchement, et que, par son volume, elle puisse retarder le travail, il faut l'ouvrir immédiatement. Si, au contraire, elle est peu volumineuse, on peut la négliger; mais il faut la surveiller, pour qu'elle ne s'ouvre pas spontanément. Ces ouvertures spontanées ou artificielles du sac sont nécessairement suivies de la sortie des caillots qu'ils renferment ; mais il arrive souvent aussi que le vaisseau qui leur a donné naissance continue de verser, et peut amener la mort de la femme sans qu'on s'en doute. Dans ces cas, si la tête, en avançant, arrête l'hémorragie par une compression mécanique, tant mieux ; sinon il faut exercer une compression sur le point rompu du vaisseau avec des bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer, que l'on soutient par le moyen des doigts, d'un refouloir, ou du tamponnement.

Si le thrombus apparaît peu de temps après l'accouchement, on peut encore le laisser sans incision, s'il n'est pas fort. On se contenterait alors d'y appliquer des réfrigérants d'abord, puis des astringents, jusqu'à sa résolution complète. Il faut être seulement averti que la tumeur visible à l'extérieur ou sensible seulement au doigt peut ne pas contenir tout le sang épanché. Ce

liquide peut fuser dans la trame du tissu cellulaire comme dans la cavité péritonéale, et, dans ce cas, les symptômes généraux seuls donnent la mesure de son abondance. Le traitement est alors celui des hémorragies graves, dont j'ai déjà parlé.

Si la tumeur est accessible à la vue, et que, par son volume, elle menace de se rompre ; si elle a surtout des tendances à grossir promptement, alors il ne faut pas craindre de l'ouvrir largement, d'extraire les caillots, et, après avoir arrêté, par les styptiques et la compression, l'écoulement du sang, faire des lavages pour neutraliser la décomposition du liquide et la résorption putride qui pourrait en être la conséquence.

D. Les accidents inflammatoires sont la conséquence secondaire d'un grand nombre de ruptures qui s'opèrent dans la cavité abdominale, et ce point leur est commun avec toutes les inflammations puerpérales ou autres qui peuvent avoir le même siége. Aussi, je me contenterai de tracer les principales indications du traitement, sans avoir besoin d'entrer dans les détails.

1° L'inflammation est salutaire dans tous les cas de rupture, lorsqu'elle tend à la réparation de cette rupture ou à l'isolement des produits épanchés qui sont devenus autant de corps étrangers. Dans ces limites, il faut donc la respecter.

2° Il faut la combattre lorsqu'elle est trop intense, qu'elle s'étend au delà du siége de la rupture, ou qu'elle s'accompagne de phénomènes graves du côté des centres nerveux ou circulatoires.

3° La premiere indication à remplir, pour la combattre,

est d'agir contre la cause prédisposante ou occasionnelle, si elle existe encore, puis d'extraire le fœtus, si cela n'a pas encore été fait.

4° Employer les moyens antiphlogistiques locaux, tels que les cataplasmes, les sangsues, les frictions mercurielles, les lavements et injections émollientes. Les larges vésicatoires volants peuvent servir aussi à circonscrire l'inflammation.

5° Employer les antiphlogistiques généraux, tels que les tisanes abondantes et nitrées, le calomel à doses fractionnées, l'opium à hautes doses, et surtout le sulfate de quinine, enfin les bains généraux si l'état de la malade permet de le faire sans causer des mouvements douloureux ; ne faire des saignées générales qu'avec la plus grande réserve.

6° Si les phénomènes violents cessent, que l'inflammation se circonscrive et qu'il se forme des foyers purulents, les ouvrir de bonne heure.

7° Ne pas laisser les malades à une diète trop sévère, surtout dans les hôpitaux.

E. Le traitement des ruptures qui s'opèrent chez le fœtus, et par lequel je termine ce travail, n'est pas long à décrire, car les ruptures du cordon et de la colonne vertébrale sont conjurées par le traitement prophylactique ou sont mortelles lorsqu'elles ont lieu. Il ne reste donc que les fractures des membres et les épanchements cérébraux.

Ces fractures, lorsqu'elles sont le résultat du travail ou de manœuvres maladroites, peuvent être traitées sans même en faire part à la famille de l'enfant. On mouille une carte à jouer avec laquelle on entoure l'os fracturé, et par-dessus on applique une bande circulaire. On peut exa-

miner une fois la semaine si la consolidation se fait et ôter le bandage au bout du troisième ou quatrième septenaire.

Quant aux épanchements cérébraux, et à l'inflammation dont ils peuvent être suivis, qu'ils soient ou non avec fracture apparente des os du crâne, on les reconnaît surtout aux convulsions dont ils s'accompagnent. Des compresses d'eau froide sur la tête, une sangsue aux pieds, des bains généraux où l'on met une poignée de moutarde ; enfin, un peu de sirop de chicorée ou d'huile de ricin, donnés comme purgatifs, voilà les moyens les plus propres à combattre ces accidents. Malheureusement, ils sont le plus souvent insuffisants, et les petits malades succombent.

Je suis à la fin de ma thèse, et je sens combien j'aurais pu la rendre meilleure si, en dehors des auteurs que j'ai cités, j'avais pu tenir compte d'autres travaux épars dans les publications françaises et étrangères. Mais le temps qui m'est fixé met des bornes à la fois aux recherches et à la rédaction. Que le lecteur veuille bien faire la part de ces circonstances, et j'espère qu'il ne me trouvera pas indigne de son indulgence. Je résume, en attendant, mon travail dans les propositions suivantes.

CONCLUSION.

1° Les ruptures qui peuvent s'opérer chez la mère ou chez l'enfant, dans le cours du travail de l'accouchement, sont quelquefois inévitables, tant était grande, avant l'accident, l'altération anatomique des organes qui sont le

siége de ces ruptures. Dans ces cas mêmes, cependant, le médecin intelligent, s'il ne peut pas conjurer ces ruptures, en diminuera la gravité par une intervention opportune avant, pendant ou après l'accident.

2° Hors ces cas, les ruptures n'ont lieu que lorsque les forces naturelles (contractions utérines et volontaires), par la violence de leur action, ne laissent pas aux parties le temps matériel nécessaire à leur accommodation, ou que les résistances (fœtus, bassin, parties molles), pour être vaincues, demandent un degré de force de beaucoup supérieur à celui qui effectue l'accouchement physiologique.

3° Tous ces cas de rupture, qui sont malheureusement assez fréquents, peuvent être prévus ou réparés lorsque, au lieu de s'abandonner à la méthode expectante, beaucoup trop suivie aujourd'hui, on agit d'une manière préventive et intelligente.

4° Enfin, des ruptures peuvent être le résultat des manœuvres mêmes de l'opérateur; mais celui-ci les évitera facilement s'il a toujours présent à l'esprit ce précepte : *Que le médecin doit intervenir le plus promptement possible dans le traitement des maladies ; mais que jamais il ne doit le faire de manière à produire des accidents.*

ERRATA.

Page 37, ligne 12. Rétablir ainsi la phrase : C'est à cette fracture qu'est due la mort du fœtus, dans presque tous les cas de version pelvienne où il vivait avant l'opération, et où il naît avec des pulsations du cœur, mais dans l'impossibilité de respirer.

Page 57, dernière ligne : au lieu de *modérer*, lisez modifier.

TABLE.

	Page
Division du sujet	3
Siége et anatomie pathologique	7
Ruptures de la vulve et du périnée	7
— utéro-vaginales	10
— d'autres organes et du bassin	15
— de tumeurs accidentelles	19
— des parois abdominales	21
— des organes du thorax et du cou	22
— de la cavité céphalo-rachidienne	24
— des organes du produit	25
Etiologie, fréquence	29
Symptômes, marche, terminaison	40
Diagnostic	44
Pronostic	50
Traitement	55
— prophilactique	56
— curatif	70
Conclusion	90

Paris. — Imprimerie Bailly, Divry et Ce, rue Notre-Dame des Champs, 49.